

Universität Bern
Herbstsemester 2014
Philosophisch-historische Fakultät
Historisches Institut
Seminararbeit
in der Abteilung neue Schweizer Geschichte

„Für mich ist jede Frau eine Maria“

Wandel in der Geburtshilfe aufgezeigt anhand des Lebensverlaufes einer Spitalhebamme, die 1983 als Pionierin zur Hausgeburtshilfe wechselte.

Eine Oral history-Studie.

Anna Rossing
Plänkestrasse 1
2502 Biel
Tel. +41 (0)79 785 75 53
anna.rossing@gmx.ch
04-124-863
Master Major

Eingereicht bei Prof. Dr. Albert Tanner
am 19. Dezember 2014

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	3
2. Gründe für den Wechsel der befragten Spitalhebamme in die Selbständigkeit.....	7
3. Spitalgeburt und Hausgeburt – zwei divergente Systeme.....	11
3.1 Innovative Hausgeburt	11
3.1.1 Geduld als Tugend.....	12
3.1.2 Gebärhaltungen.....	14
3.1.3 Schmerzlinderung.....	15
3.1.4 Fetale Herztonüberwachung.....	19
3.1.5 Stillen.....	20
3.2 Zusammenarbeit mit Ärzten	21
3.2.1 Flache Hierarchie bei Hausgeburten	21
3.2.2 Starke Hierarchie im Spital	23
4. Selbstkonzeption als Hebamme.....	26
4.1 Beruf als Berufung.....	26
4.2 Politische Hebammenarbeit	31
5. Fazit	32
6. Bibliographie	35
6.1 Literatur.....	35
6.1.1 Internet.....	37
6.2 Quellen	37
6.2.1 Internet.....	39
6.2.2 Audiovisuelle Medien	40
7. Anhang	40
7.1 Transkribiertes Interview mit der Hebamme Susi Bucher	40

1. Einleitung

Mitte des 20. Jahrhunderts wurde die Geburt allmählich aus dem häuslichen Umfeld ins Spital verlegt.¹ Lebensverläufe von Hebammen, die ihr Handwerk vor der vollständigen Hospitalisierung der Geburt erlernten, wurden verschiedentlich dokumentiert.² Das Interesse war mitunter bedingt durch das Verschwinden des Berufsstandes der Hausgeburtshebammen und somit des Wissens um traditionelle Geburtshilfe. Diese Seminararbeit untersucht nun aber einen Zeitraum nach der Verlegung der Geburt ins Spital und stellt den Lebensverlauf der Spitalhebamme Susi Bucher ins Zentrum, die Anfang der 1980er Jahre wieder Hausgeburten anbot.

Ich kannte Susi Bucher nur aus Erzählungen, wusste aber, dass sie noch vor kurzem Hausgeburten in der Region Biel betreut hatte. Wer, wenn nicht sie, konnte mir etwas zum Wandel in der Geburtshilfe erzählen? Während vier Stunden berichtete sie mir von ihrem Leben als Hebamme. Ich hatte mir im Vorfeld Themen mit Fragen notiert, doch liess ich den lebhaften Ausführungen meiner eifrigen Gesprächspartnerin freien Lauf und war erst einmal gespannt, wohin uns diese führten – somit habe ich das Verfahren des halbstandardisierten Interviews gewählt. Das transkribierte Gespräch findet sich im Anhang. Stellen, bei denen Susi Bucher über bestimmte Geburten spricht,³ habe ich nicht transkribiert und dementsprechend gekennzeichnet.

Susi Buchers Lebensverlauf ist von historischem Interesse, da sie sich als eine der ersten Hebammen in der Schweiz Anfang der 1980er Jahre wieder selbständig machte. Im zweiten Kapitel dieser Arbeit wird denn auch nach den Gründen für diesen signifikanten berufsbiographischen Bruch gefragt.

Stellt man Susi Buchers Aussagen über ihre Arbeit von 1966 bis 1983 im Spital jenen über ihre Arbeit von 1983 bis 2007 als frei praktizierende Hebamme gegenüber, wird klar, dass es sich um zwei divergente Systeme handelt. Diesen beiden Systemen näherte ich mich im dritten Kapitel in zwei Schritten. In einem ersten Schritt greife ich Verfahren und Interventionen auf, die Susi Bucher erwähnt, um damit die Charakteristika der beiden Systeme herauszuarbeiten. In einem zweiten Schritt werden Strukturen und Hierarchien beschrieben, in denen sich Susi Bucher als Spitalhebamme und als Hausgeburtshebamme bewegte, und es wird gefragt, inwiefern diese Gefüge die jeweiligen Verfahren bedingten.

In Folge der Erfahrungen mit Hausgeburten änderte sich Susi Buchers Selbstkonzeption als Hebamme. Sie richtete ihr Leben ganz auf den Beruf aus und sah sich verpflichtet, gegen die

¹ Wobei die Unterschiede zwischen den Kantonen erheblich waren. Während Zürich bereits 1936 70% Spitalgeburten verzeichnete, waren es in Bern 32%. (Zürcher, Ursula: Von Hebammen und Ammen. In: Hugger, Paul (Hg.): Kind sein in der Schweiz. Zürich 1998, S.144.)

² Grabrucker, Marianne: Vom Abenteuer der Geburt. Die letzten Landhebammen erzählen, Frankfurt am Main 1990. Favre, Adeline: Ich, Adeline, Hebamme aus dem Val d'Anniviers. Zürich 1982. Fankhauser-Rieben, Elsbeth/Rieben-Kohler, Erna: Uf Sole u Reder underwägs. Us em Tagebuech vore Landhebamme. Münsingen 1988.

³ Susi Bucher beschreibt, wie ihre Töchter geboren haben (4. 23:56-31:26), und erzählt von einer drogenabhängigen Mutter (5. 04:56-07:10).

Vorurteile gegenüber der Hausgeburt anzukämpfen. Im vierten Kapitel wird gefragt, was genau für Susi Bucher das Faszinierende an der neuen Berufssituation war und inwiefern und mit welchen Mitteln sie sich um Aufklärung bemühte.

Das Interview mit Susi Bucher ist die Hauptquelle dieser Arbeit, das erste und das dritte Kapitel beruhen denn auch fast ausschliesslich auf Susi Buchers Äusserungen. Der mittlere und umfangreichste Teil basiert zwar auch primär auf der Hauptquelle, diese wird hier aber über grosse Strecken hinweg mit Fachliteratur aus der Geschichtswissenschaft zum einen und zum anderen aus dem Bereich der Geburtshilfe diskutiert. Da ich die Lebendigkeit und Energie von Susi Buchers Äusserungen in der Arbeit beibehalten wollte, habe ich wenig paraphrasiert und oft zitiert.

Um die jüngere Geschichte der Geburtshilfe situieren zu können, will ich hier kurz relevante Entwicklungslinien aufzeigen. Erst in Folge der Aufklärung und des damit verbundenen Medikalisierungsprozesses⁴ richtete sich das Interesse der Ärzte auf Schwangerschaft und Geburt.⁵ Zwar hatten sich schon früher Ärzte⁶, Chirurgen⁷ und Kirchenmänner⁸ involviert, doch Geburtshilfe galt als „Weiberkunst“ und Geburt war ein soziales Ereignis, das im häuslichen Umfeld, unter Frauen, stattfand.⁹ Im Zuge der Medikalisierung entstanden zu Forschungszwecken Accouchieranstalten, die Ende des 18. Jahrhunderts flächendeckend in Europa anzutreffen,¹⁰ bei der Bevölkerung jedoch verpönt waren.¹¹ Auch noch in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhundert fand die

⁴ Medikalisierung beschreibt den Vorgang, bei dem normale Körperprozesse in die Verantwortung der Medizin gegeben beziehungsweise von der Medizin als in ihren Zuständigkeitsbereich gehörig definiert werden. Der Medikalisierungsprozess kann als Kontinuum von Normierung, Pathologisierung und Regulierung beschrieben werden. Normierung heisst in diesem Zusammenhang, dass körperliche Erscheinungen und Entwicklungsprozesse unter medizinischer Perspektive bewertet und eingeordnet werden. Damit hängt unmittelbar die Pathologisierung zusammen. Abweichungen der medizinisch aufgestellten Normen werden als krankhaft und behandlungsbedürftig definiert. Die Abweichungen werden beobachtet, und mittels medizinischen Interventionen wird versucht, sie zu regulieren und in den Normbereich zu führen. (Sayn-Wittgenstein, Friederike: Geburtshilfe neu denken. Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland. Bern 2007, S.59.)

⁵ Metz-Becker, Marita: Der verwaltete Körper. Die Medikalisierung schwangerer Frauen in den Gebäuhäusern des frühen 19. Jahrhunderts. Frankfurt 1997, S.63.

⁶ 1513 erschien das erste gedruckte Hebammenlehrbuch in deutscher Sprache von Eucharius Rösslin, einem Frankfurter Stadtarzt. Das Buch richtete sich an Hebammen und Schwangere und galt als Richtschnur für aufkommende Hebammenprüfungen durch Ärzte. Rösslin forderte die Anwesenheit eines Arztes bei der Geburt nur, wenn es um Verabreichung von Medizin ging. Die ersten Schritte zur Bevormundung der Hebammen lagen demnach in einem Kompetenzstreit um Arzneimitteltherapie. (Keyhan-Falsafi, Sabine/Kinke, Ruth/Schütz, Cornelia: Geburtshelfende um 1800. Ein Geschlechterkonflikt? In: Wege, Susanne (Hg.): Hebammenkunst gestern und heute. Zur Kultur des Gebärens durch drei Jahrhunderte. Marburg 1999, S. 21.)

⁷ Für „Handarbeit“ am menschlichen Körper wie operative Eingriffe während der Geburt waren Chirurgen, Bader und andere Heiler zuständig, die auch zu Eingriffen bei Geburten hinzugezogen wurden. Der Gelehrtenstatus der akademischen Ärzte hingegen vertrug sich nicht mit praktischer Arbeit. (Pulz, Waltraud: Zur Erforschung geburtshilflichen Überlieferungswissens von Frauen in der frühen Neuzeit. In: Loytved, Christine: Von der Wehemutter zur Hebamme. Die Gründung von Hebammenschulen mit Blick auf ihren politischen Stellenwert und praktischen Nutzen. Osnabrück 2001.)

⁸ Das Konzil von Trier 1310 verpflichtete die Hebammen zur Nottaufe, und während den Hexenverfolgungen waren „Weise Frauen“ – darunter waren auch viele Frauen, die sich mit Geburtshilfe auskannten – besonders gefährdet. (Beaufaÿs, Sandra: Professionalisierung der Geburtshilfe. Machtverhältnisse im gesellschaftlichen Modernisierungsprozess. Wiesbaden 1997, S.30f.) Erste Reglementierungen der Hebammentätigkeiten finden sich denn auch in den Kirchenordnungen Ende des 15. Jahrhunderts. (Scherzer, Ricarda: Hebammen – Weise Frauen oder Technikerinnen? Zum Wandel eines Berufsbildes. Frankfurt am Main 1988, S. 26.)

⁹ Relevante Untersuchungen dazu stammen von Eva Labouvie und Jacques Gélis.

¹⁰ Keyhan-Falsafi/Klinke/Schütz 1999, S.27.

¹¹ Marita Metz-Becker zeigt am Beispiel der Marburger Accouchieranstalt, wie die Ärzte und Studenten Frauen schlicht als „schwangeres Material“ betrachteten, mit dem relativ schonungslos verfahren werden konnte. Für die Bürgerinnen und Bürger galten die meist ledigen Klientinnen in den Gebäranstalten als „schamlose Dirnen“. Vgl. Schlumbohm, Jürgen: Lebendige Phantome. Ein Entbindungshospital und seine Patientinnen 1751-1830. Göttingen 2012.

durch die Gynäkologie geförderte Spitalgeburt bei der Bevölkerung in der Schweiz keinen Anklang. Die Müttersterblichkeit war in den Gebäranstalten vier- bis fünfmal höher als bei Hausgeburten. Bis zur Entdeckung von Antisepsis und Asepsis war das Kindbettfieber in den Anstalten denn auch weit verbreitet.¹²

Wie kam es unter diesen Umständen im 20. Jahrhundert zur Verlagerung der Geburt ins Spital?¹³ Einer der Hauptgründe, weshalb die Frauen sich immer mehr der Spitalgeburtshilfe zugewendet haben, war sicherlich die Senkung der Mütter- und Kindersterblichkeit und das Versprechen der Spitäler, für Mütter und Kinder die besseren Voraussetzungen zu bieten. Ausserdem verhiess das Wochenbett im Spital eine Erholungszeit von der Familie und eine zeitgemässe Einweisung in die Säuglingspflege.¹⁴ Der Einschluss der Mutterschaftsleistungen im Krankenversicherungsgesetz von 1911 förderte Spitalgeburten, denn die Hebammentaxe wurde von den meisten Krankenkassen nicht übernommen. Spitalgeburten waren für die Familien also oft billiger als Hausgeburten.¹⁵ Ärzte und Krankenversicherungen trieben die Umorientierung der Gebärenden auch durch die Organisation der Vorsorgeuntersuchungen und die Schwächung des Hebammenstandes voran.¹⁶ In allen Ländern, in denen die Klinikgeburt zur Regel und die Hebammen in ihrem Kompetenzbereich eingeschränkt wurden, gehörten Kampagnen gegen Hebammen zum zentralen Bestandteil der Entwicklung.¹⁷ Normen in Schwangerschaft und Geburt wurden von Gynäkologen neu definiert, was Interventionen rechtfertigte und den Geburtsort Krankenhaus legitimierte.¹⁸ In den 1950er Jahren wurden schmerzlindernde Medikamente, Dammschnitte und Wehenmittel zur Routine. Dies verkürzte die Geburtsdauer, was eine effiziente Auslastung des Kreissaals ermöglichte. In den 1960er Jahren setzte sich das auf Prävention ausgerichtete Risikokzept durch, der Geburtsverlauf wurde standardisiert, seine Beurteilung zunehmend an technische und labormedizinische Daten geknüpft, und Interventionen wurden zahlreicher.¹⁹ So wurden die Frauen vom aktiven Geburtsgeschehen und ihrer Körperwahrnehmung getrennt, und sie überliessen den Geburtsakt sukzessive dem Arzt und dessen medizinischer Technik.²⁰ Diese verkörperten Ende der 1960er

¹² Zürcher 1998, S.143.

¹³ Vgl. Ingold, Marianne: Historische Aspekte der Geburt in der Schweiz im 20. Jahrhundert. Schwerpunkt 50er und 60er Jahre. Lizentiatsarbeit, Historisches Seminar, Zürich 1994, S.107-124. Sie beantwortet diese Frage vor allem anhand von Ratgeberliteratur.

¹⁴ Schumann, Marion: Vom Dienst an Mutter und Kind zum Dienst nach Plan. Hebammen in der Bundesrepublik zwischen 1950 und 1975. Göttingen 2009, S.59.

¹⁵ Ingold 1994, S.110.

¹⁶ Tew, Marjorie: Sichere Geburt? Eine kritische Auseinandersetzung mit der Geschichte der Geburtshilfe. Frankfurt am Main 2007, S.56, 201. Schumann 2009, S.110.

¹⁷ Schumann 2009, S.96.

¹⁸ Vgl. Borkowsky, Maya. Krankheit Schwangerschaft? Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett aus ärztlicher Sicht seit 1800, Zürich 1988. / Duden, Barbara: Geschichte des Ungeborenen. Zur Erfahrungs- und Wissenschaftsgeschichte der Schwangerschaft, 17. - 20. Jahrhundert. Göttingen 2002. / Duden, Barbara: Der Frauenleib als öffentlicher Ort. Vom Missbrauch des Begriffs Leben. Frankfurt am Main 2007.

¹⁹ Schumann 2009, S.293.

²⁰ Borkowsky 1988. / Duden 2002, 2007.

Jahre den in der Gesellschaft vorherrschenden Fortschrittsoptimismus und den Glauben an den technisch-rationalen Fortschritt.²¹

Allgegenwärtig war – und ist? – auch die Überzeugung, dass die Mütter- und Perinatalsterblichkeit dank der Verlegung der Geburt ins Spital sank. Die Statistikerin Marjorie Tew hat allerdings nachgewiesen, dass kein Zusammenhang zwischen der sinkenden Sterblichkeit und der Verlagerung der Geburt ins Spital besteht, auch wenn beide Entwicklungen gleichzeitig stattfanden. Es waren soziale Veränderungen und Entdeckungen aus der Bakteriologie, Biochemie und Pathologie, die die Mortalität bei Müttern und Säuglingen senkten, und nicht Errungenschaften aus der Gynäkologie. Trotzdem wurde irrtümlicherweise die Geburtsmedizin für die sinkenden Sterblichkeitsraten gepriesen und Hausgeburten galten als gefährlich.²²

Meine Bibliographie in Bezug auf die Geschichte der Geburtshilfe in der Schweiz im 20. Jahrhundert ist spärlich. Die Beiträge zu „Hebammen“²³ und „Geburt“²⁴ im Historischen Lexikon der Schweiz sind nicht sehr aufschlussreich. Es existieren zwei kulturanalytische Lizentiatsarbeiten aus den frühen 1990er Jahren²⁵ und Beiträge von Hebammen selbst,²⁶ aber keine umfangreichen kritischen Studien.²⁷ Wegleitend für die vorliegende Seminararbeit waren folglich nicht Untersuchungen zur Geschichte der Geburtshilfe in der Schweiz. Aufschlussreich waren zum einen die Untersuchung der Statistikerin Marjorie Tew zur Geschichte der Geburtshilfe in Grossbritannien und zum anderen die publizierte Dissertation der Historikerin Marion Schumann zu Hebammen in der Bundesrepublik Deutschland von 1950-1975. Wegweisende Arbeiten zur Medizingeschichte der Frau stammen allen voran von der Historikerin Barbara Duden, die Ende der

²¹ Schumann 2009, S.293.

²² Tew 2007, S.79.

²³ „Sowohl die Matronen als auch die ausgebildeten H. genossen in der Gesellschaft hohes Ansehen. Ihr Status änderte sich aber nach dem 2. Weltkrieg beträchtlich: Mit zunehmender Medizinalisierung und Hospitalisierung der Geburt verloren die H. nach und nach ihre Unabhängigkeit und wurden zu einer Hilfskraft der verantwortl. Ärzte. Einige H. haben eine Vereinigung von Selbständigen mit eigener Praxis gegründet. 2010 zählte man in der Schweiz 3'000 H., von denen 2'200 im Spital angestellt und 800 freiberuflich tätig waren. Der Schweiz. Hebammenverein (1998 in Schweiz. Hebammenverband umbenannt) existiert seit 1894 und zählte 2010 2'500 Mitglieder.“ Vouilloz Burnier, Marie-France: Hebammen. In: Historisches Lexikon der Schweiz (HLS). Erstellt: 16.09.2010. www.hls-dhs-dss.ch/textes/d/D16397.php Zugriff: 06.07.2014.

²⁴ „In den 1960er Jahren entwickelte sich die Hospitalisierung der Gebärenden zur Regel, da die Krankenversicherung allen Frauen den Zugang zur Geburtsklinik ermöglichte. Seit 1970 ist allerdings eine Rückkehr zur Hausgeburt zu beobachten, obwohl diese von Ärzten als riskant erachtet wird. Sog. Geburtshäuser, das erste 1984 in Lenzburg, öffneten ihre Tore. Ihre Vereinigung zählte 2008 insgesamt 20 Mitglieder, wobei das Tessin solche Einrichtungen nicht kennt.“ Vouilloz Burnier, Marie-France: Geburt. In: Historisches Lexikon der Schweiz (HLS). Erstellt: 19.11.2009. www.hls-dhs-dss.ch/textes/d/D16114.php?topdf=1 Zugriff: 06.07.2014.

²⁵ Töngi, Claudia: Im Zeichen der Geburt. Eine kulturanalytische Untersuchung der Vorgänge um den weiblichen Körper. Eine Oral-history Studie. Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit, Historisches Seminar, Basel 1992. / Ingold, Marianne: Historische Aspekte der Geburt in der Schweiz im 20. Jahrhundert. Schwerpunkt 50er und 60er Jahre. Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit, Historisches Seminar, Zürich 1994.

²⁶ Dies sind Beiträge in der Verbandszeitschrift *hebamme.ch* oder in der Festschrift zum 100 jährigen Jubiläum des Schweizerischen Hebammen-Verbandes 1894-1994 (Hg. Ursula Zürcher) sowie der Artikel zu Hebammen und Ammen im Sammelband „Kind sein in der Schweiz“, ebenfalls von Ursula Zürcher.

²⁷ Meyer, Katharina: Zur Geschichte des Hebammenwesens im Kanton Bern. Bern 1985. / Seglias, Loretta: Zur Geschichte der Hebammen und der Geburtshilfe in Graubünden im 19. und 20. Jahrhundert. In: Jecklin/Redolfi/Hofmann (Hg.): *FrauenKörper*. Zürich 2005, S. 15-65. / Borter-Jann, Noëmi: Die Geburt von der "Krankheit" zurück zum "natürlichen Geburtsvorgang"? In: Stöcklin, Peter (Hg.): *Baselbieter Heimatbuch*, S. 11-32.

1980er Jahre den Begriff Körpergeschichte prägte.²⁸ Machtverhältnisse zwischen Ärzten und Hebammen im Professionalisierungsprozess der Geburtshilfe untersuchten insbesondere der Wissenschaftshistoriker Gernot Böhme und die Soziologin Sandra Beaufaÿs. Auch in den Kanon der historischen Sicht auf die Geburtshilfe im 20. Jahrhundert gehören Publikationen von Professorinnen der Hebammenwissenschaft, allen voran Friedericke Sayn-Wittgenstein und Christine Loytved. Neben historischen Arbeiten habe ich auch Fachliteratur aus Gynäkologie und Hebammenwissenschaft zugezogen sowie Publikationen des Chirurgen und Geburtshelfers Michel Odent.

2. Gründe für den Wechsel der befragten Spitalhebamme in die Selbständigkeit

Susi Bucher wurde 1947 geboren, lernte erst den Beruf der Hilfsschwester und begann 1966 im Frauenspital Bern mit der Ausbildung zur Hebamme. 1970 heiratete sie, und ihre beiden Töchter kamen innerhalb von zwei Jahren auf die Welt. Trotz Familie war Susi Bucher stets berufstätig und arbeitete als Hebamme im Spital Grenchen. 1983 machte sie sich selbständig und begleitete 845 Hausgeburten. 2007 musste sie sich aus gesundheitlichen Gründen zur Ruhe setzen.

Weshalb Susi Bucher nach jahrelanger Tätigkeit als Hebamme im Spital auf einmal Hausgeburten betreuen wollte und sich selbständig machte, soll in diesem Kapitel aufgezeigt werden. Als Initialzündung kann die Frage einer älteren Hebamme eingeordnet werden, ob Susi Bucher nicht aushelfen und eine Hausgeburt betreuen wolle.

„Also, da war eine ältere Hausgeburtshilfswache und die kam manchmal zu uns ins Spital, zu uns hoch Nachtwache machen. Weil sie nicht mehr genug zu tun hatte. Weil sie nur noch so alle drei, vier Jahre eine Hausgeburt hatte. Und überhaupt keinen Arzt, der hinter ihr stand. Dann hatte sie einen Unfall und rief mich an: Du, ich habe eine Frau, die bekommt das sechste Kind. Ich habe fünfmal mit ihr geboren, keine Komplikationen. Du wärst noch der Typ, du hast genug Erfahrung – ich habe vorher schon 15 Jahre Nachtwache gemacht – du hast genug Erfahrung und du wärst der Typ, dieser Frau zu helfen. Und dann sagte ich: Jesses nein, das kann ich nicht. Das ist viel zu gefährlich!! Und dann hat sie schon gelacht und so. (...) Ich habe dann mit dieser Frau geredet, und die wäre einverstanden gewesen mit ins Spital zu kommen. Ich hab dann noch den Chef fragen müssen, ob die dann normal gebären darf. Ja nicht Infusionen, ja nicht Dammschnitt und so, wenn sie nicht will. Und

²⁸ Bzgl. der Körper- und Medizingeschichte der Frau sind auch unter anderem Arbeiten der Medizinhistorikerinnen Esther Fischer-Homberger und Maya Borkowsky sowie der Gesundheitswissenschaftlerin Petra Kolip und der Soziologin Claudia Honegger zu erwähnen.

sondern einfach darum, den Frauen zu helfen, ihr Anliegen, nicht im Spital gebären zu müssen, zu verwirklichen.

Es können vier weitere Faktoren als relevant für Susi Buchers Schritt in die Selbständigkeit erachtet werden:

Erstens hatte sie durch ihre langjährige Tätigkeit auf der Nachtwache genug Erfahrung, um sich die Begleitung von Hausgeburten zuzutrauen.

„Ich habe 15 Jahre lang Nachtwache gemacht. Ich musste 15 Jahre während der Nacht entscheiden, wann ein Doktor hinzu kommt und wann nicht. Was ist denn zu Hause anders?“³³ Und „auf der Nachtwache konnte man ausprobieren, da kam einem niemand ‚reinschnurre‘. Deshalb hatte ich auch diese gewisse Sicherheit bei der Hausgeburt.“³⁴

Um hinter dem Rücken der Ärzte Dinge auszuprobieren und so überhaupt Erfahrungen sammeln zu können, brauche es einen gewissen Charakter, erklärt Susi Bucher.³⁵ Neben diesem Charakter, den ich als eigenverantwortlich, selbständig, selbstsicher sowie keck und beherzt beschreiben würde, brachte Susi Bucher auch Eigenschaften mit, die sie selbst als unentbehrlich für eine Hausgeburtshebamme erachtet: Bodenständigkeit und Gewissenhaftigkeit. Als ein zweiter Faktor können also Susis Buchers Charaktereigenschaften genannt werden.

Drittens passte der berufliche Wandel in Susi Buchers damalige Lebenssituation. Ihre beiden Töchter waren genug alt und selbständig, dass Susi Bucher spontan und auf unbestimmte Zeit von zu Hause weg konnte. Zudem bot ihr Ehemann jene finanzielle Sicherheit, ohne die sie, jedenfalls zu Beginn ihrer Selbständigkeit, nicht hätte existieren können.³⁶ Ihr Mann stützte sie auch emotional sehr und liess ihr genug Freiraum. Denn wie in Kapitel 4 noch beschrieben wird, war Susi Bucher nahezu immer in Bereitschaftsdienst und konnte nicht viel Zeit mit ihrem Mann ausser Haus verbringen.

Und schliesslich viertens: Da keine andere junge Hebamme die Initiative ergriff und Hausgeburten anbot, fühlte sich Susi Bucher angesprochen.

Dass Susi Bucher Hausgeburten begleitete, sprach sich rasch herum, und so blieb ihr keine Zeit mehr, ambulante Geburten im Spital zu betreuen.³⁷ Die ersten Frauen, die sich Anfang der 80er Jahre für eine Hausgeburt meldeten, waren vor allem Anthroposophinnen,³⁸ wie auch Lehrerinnen,

³³ 6) 12:00-12:36

³⁴ 4) 01:39-04:30

³⁵ 5) 08:19

³⁶ 4) 15:37-16:23

³⁷ 3) 17:30-18.00

³⁸ Die meisten wohnten in Ins.

Krankenschwestern und Hebammen.³⁹ Später interessierten sich dann auch die Freundinnen und Schwestern dieser Frauen für Hausgeburten.⁴⁰

„Sie wollten einfach mitreden bei der Geburt. Das war einfach, weil es ihnen im Spital nicht gut ergangen ist. Das war der Grund. Weil man ihnen im Spital befohlen hat was, wie und wann. Das waren dann die Frauen, die gedacht haben: Aha, nein, ich will es anders.“⁴¹

Die Frauen hätten sich also wegen der schlechten Erfahrungen im Spital für Hausgeburten entschieden. Auch Susi Bucher kritisierte als Spitalhebamme Aspekte der medikalisierten Geburt, doch sie konnte sich keinen anderen Geburtsort als das Spital vorstellen. Wie beschrieben waren es die Frauen, die ihr zeigten, dass Geburt und Wochenbett zu Hause stattfinden können. Doch was veranlasste die Frauen, aus ihrer Unzufriedenheit heraus sich auf einmal aktiv für andere Geburtsorte⁴² und Modi einzusetzen?

„Ich bin so reingeschlittert, weisst du. Für mich war das dann einfach plötzlich so selbstverständlich. Ich habe dir ja gesagt, als die ersten anriefen, habe ich ja noch gesagt: Das ist mir viel zu gefährlich! Ich kann es dir wirklich nicht sagen. (...) Also, es muss von irgendwo her gekommen sein. Aber von wo weiss ich nicht. (...) Von den Frauen aus vor allem, nicht von den Hebammen. Wirklich, nur von den Frauen. Ich hab nur Hausgeburten gemacht, weil das Angebot da war und nicht weil ich wollte. Das wäre mir nie in den Sinn gekommen. Ich habe nie an Hausgeburt gedacht. Einfach wegen der Nachfrage. Also kam es von den Frauen aus. Aber woher? Ich habe mir nie Gedanken gemacht. Ich habe einfach ‚gschaffet, gschaffet, gschaffet‘. Ich kann dir nicht weiter helfen.“⁴³

Wie sich die Frauen Wissen zur Geburt aneigneten, ob Gruppierungen, Bewegungen oder Einzelpersonen existierten, die sich für Tendenzen zur „natürlichen Geburt“ einsetzten, kann Susi Bucher nicht sagen. Wie die Situation in der Schweiz aussah, muss also an dieser Stelle offen

³⁹ 4) 00:00-00:30

⁴⁰ 4) 00:00-00:30

⁴¹ 4) 00:20-01:15

⁴² Die Hebamme Doris Erbacher gründete 1983 in Lenzburg das erste Geburtshaus der Schweiz. *„Ich habe 15 Jahre im Spital gearbeitet und wollte einfach nicht mehr nach Zeitplan vom Herr Doktor gebären, sondern frauen- und kinderfreundlich. Und meine eigenen Geburten im Spital haben auch noch was dazu beigetragen. Und ich bin sehr kämpferisch und unternehmungslustig und habe deshalb gedacht: So, das probiere ich jetzt.“* Zitat aus einem Beitrag von Olivier Parvex-Käppeli in der Sendung „Schweiz aktuell“ von SRF vom 23.06.2014, 4.17 Minuten. <http://www.srf.ch/player/tv/schweiz-aktuell/video/aeltestes-geburtshaus-der-schweiz?id=59eee678-83fd-46f6-8b04-4ebec11fba5> Zugriff: 10.10.2014.

⁴² 6) 27:00-30.00

⁴² 3) 02:15-02:30

⁴² 3) 02:02-02:55

⁴² 1) 03:25-03:55

⁴² 2) 01:40-02:55

⁴³ 6) 27:00-30.00

bleiben, zumal mir keine historischen Studien dazu bekannt sind. Für die Bundesrepublik Deutschland hingegen ist beschrieben, wie die Frauengesundheitsbewegung Anfang der 1970er Jahre die bis dahin unangefochtene Autorität der Medizin in Frage stellte und für eine andere Geburtshilfe plädierte.⁴⁴

3. Spitalgeburt und Hausgeburt – zwei divergente Systeme

3.1 Innovative Hausgeburt

Susi Bucher erklärt, in der freien Praxis sei die Herausforderung, eine Frau zufrieden und glücklich zu machen, viel grösser gewesen als im Spital.⁴⁵

„Diese Spitalfrauen, mich hat manchmal gedünkt, die kamen wie ein Lamm auf die Schlachtbank. Die legen sich einfach hin: ja, ihr wisst wie, macht einfach, fertig, Schluss. (...) Aber im Nachhinein hörte man dann, dass die Spitalfrauen gar nicht glücklich waren, wenn sie wieder darüber nachgedacht haben. Sie kamen – wie sagt man dem – in diese Hierarchie rein. Haben sich hingelegt, hatten keine Wünsche und nichts. Das ist doch keine Herausforderung für eine Hebamme.“⁴⁶ „Erst bei den Hausgeburten habe ich gemerkt, oh hoppla, die Frauen bestimmen ja mit, und dass die Geburt viel besser abläuft, wenn die Frauen mitbestimmen.“⁴⁷

Als Hausgeburtshebamme gab Susi Bucher den Frauen ihre Autorität zurück und liess sie mitbestimmen. Susi Buchers neuen Erfahrungen hielten viele der im Spital erlernten Schemata und Vorgehensweisen, die wissenschaftlich begründet schienen, nicht mehr stand. Im Vertrauen auf die eigenen Erkenntnisse eignete sich Susi Bucher somit Wissen an, das sie selber erzeugte. Dabei handelte es sich um eine konkurrierende Wissensform zum wissenschaftlichen Wissen. In den folgenden Kapiteln wird anhand von Interventionen dargestellt, wie sich Susi Buchers Geburtshilfe aufgrund ihrer neuen Erkenntnisse wandelte. Vorab soll aber kurz erläutert werden, inwiefern

⁴⁴ Schumann 2009, S.185. Wegbereiter und Verstärker des Stimmungswandels waren international gesehen nicht zuletzt Ärzte wie **Grantly Dick-Read** (1890-1959) aus Grossbritannien, der propagierte, dass Schmerz durch Psychoprophylaxe ausreichend kontrolliert werden könne, 1933 erschien sein Buch „Motherhood without fear“. Der französische Arzt **Fernand Lamaze** (1891-1957) vertrat eine andere kognitive Methode zur Schmerzlinderung, die neben der von Dick-Read populär wurde. Der französische Arzt **Frédéric Leboyer** (*1918) veröffentlichte 1974 „Pour une naissance sans violence“. Er beschreibt die Geburt aus der Sicht eines Kindes, macht damit auf die Bedeutung einer friedvollen und ruhigen Atmosphäre aufmerksam und prägte den heute allgemein bekannten Begriff „sanfte Geburt“. **Michel Odent** (*1930) praktizierte Leboyers Vorschläge in einer Klinik in der Nähe von Paris. Er veröffentlichte 1976 „Bien naître“ und versuchte damit Leboyers Methoden wissenschaftlich zu untermauern. Auch zu erwähnen sind die britische Sozialanthropologin **Sheila Kitzinger** (*1929), die seit den 1970er Jahren publiziert, und Hebammen, die sich mit Publikationen an die Öffentlichkeit wandten – eine der bekanntesten ist **Ina May Gaskin** (*1940) aus den USA. Gaskin, Kitzinger und Odent publizieren noch heute fleissig und bemühen sich um Aufklärung und Agitation.

⁴⁵ 3) 02:15-02:30

⁴⁶ 3) 02:02-02:55

⁴⁷ 1) 03.25-03.55

Hebammen und Ärzte verschiedene Wissenstraditionen und -positionen repräsentierten, um aufzuzeigen, in welcher Tradition Susi Buchers neue Erkenntnisse stehen.

Als die Wissenschaft der Geburtshilfe sich ausbildete, mussten sich Hebammen zunehmend durch Prüfungen für ihren Beruf qualifizieren. Sie hatten jedoch keine Chance, Wissensinhalte zu modifizieren oder zu ergänzen. Die Fortentwicklung des Wissens um Geburtshilfe fand also unter den Ärzten statt, die Hebammen waren davon ausgeschlossen.⁴⁸ Innovationen der Geburtsmedizin basierten auf einem Wissen, das untrennbar mit Methoden verbunden war, die auf dem Blick, dem Sehen, beruhten. Denn einen grossen Teil ihres Wissens erwarben Ärzte und Chirurgen durch Sezierung und machten somit erstmals Details des Körpers über das Sehen zugänglich.⁴⁹ Durch die Anatomisierung und Aufgliederung sei die geheime Kraft des ganzen Körpers verloren gegangen, und die Frau zur fetalen Umgebung, ihr Körper zur „Gebärmaschine“ geworden – so stellt es Barbara Duden in ihren Studien zu Körpergeschichte dar.⁵⁰ Hebammen hingegen erwarben ihr Wissen primär durch Tasten, Fühlen, Empathie und Selbsterfahrung. Sie verifizierten ihre Thesen immer neu durch ihre Praxiserfahrung, die, anders als bei den Ärzten, nicht getrennt von der Theorie war.⁵¹ Aus der Sicht der Mediziner war dieses lebensweltliche Wissen gegenüber wissenschaftlichem Wissen schlicht Nichtwissen, oder jedenfalls diffuses und schwächeres Wissen.⁵² Dementsprechend trug die Abwertung des Erfahrungswissens der Hebammen zur Konkurrenz beider Berufsgruppen bei und war massgeblich an der Konstruktion der „inkompetenten Hebamme“ beteiligt.⁵³

Susi Bucher berichtet, dass im Spital oft interveniert wurde, und erzählt von Geburtseinleitung, Wehenmittel und Schmerzlinderung sowie geregelten Stillzeiten. Auf meine Frage kommentiert sie auch die Überwachung der fetalen Herztöne bei der Geburt und die Rückenlage als Gebärhaltung. Diese Interventionen sind Themen der folgenden Kapitel.

3.1.1 Geduld als Tugend

Susi Bucher berichtet, dass im Spital überhaupt nicht auf die Psyche der Frau geschaut worden sei, man arbeitete nach Schulbuch und jede Geburt musste nach Schema verlaufen.⁵⁴ Dies hätte zu vielen Interventionen geführt. Meine Frage, ob mit den Interventionen die Geburt sicherer gemacht werden sollte, verneinte Susi Bucher.

⁴⁸ Beaufaÿs 1997, S.3.

⁴⁹ Beaufaÿs 1997, S.43.

⁵⁰ Duden, Barbara: Geschichte unter der Haut. Ein Eisenacher Arzt und seine Patientinnen um 1730. Stuttgart 1987, S.23.

⁵¹ Beaufaÿs 1997, S.43.

⁵² Böhme, Gernot (Hg.): Alternativen der Wissenschaft. Frankfurt 1980, S.30.

⁵³ Beaufaÿs 1997, S.51.

⁵⁴ 6) 31:00-31:58

„Nein, schneller. (lacht) Schneller! Eindeutig schneller. Das ist nicht sicher, wenn man Wehenmittel dermassen anhängt.“⁵⁵

Intervenierte worden sei vor allem, um Geburten zu beschleunigen, so dass die Ärzte in der Nacht nicht aufstehen mussten. Bevor der Arzt in die Ferien ging, sei noch bei allen eingeleitet worden.⁵⁶ Die Terminierung der Geburt, der Einsatz von pharmazeutisch hergestellten Hormonen, das Öffnen der Fruchtblase vor Wehenbeginn, verbunden mit Methoden der Schmerzlinderung, sollten das Gebären zu einem planbaren Ereignis machen. Die programmierte Geburt galt in den 1970er Jahren als Höhepunkt der Entwicklung.⁵⁷

„Und dann sind diese Kinder gekommen und waren noch gar nicht reif. (...) Also klar, ging es denen auch gut, aber es hat ihnen einfach etwas gefehlt. (...) Wir haben zu Hause nie eingeleitet. Nie! Die Kinder sind immer gekommen. Deshalb hatten wir auch weniger trinkfaule Kinder (...) Dann hat man einfach gemerkt, dass diese Kinder viel besser ‚zwäg‘ waren. Sie hatten auch den besseren Saugreflex und konnten Wärme besser behalten.“⁵⁸

Geduld, im Sinne einer abwartenden Haltung, verschwand als Tugend der Geburtshilfe.⁵⁹ Bis Ende der 1950er Jahre unterschied sich diesbezüglich die Spitalgeburt noch nicht von einer Hausgeburt. Zwar standen im Spital Wehenmittel, Analgetika und die Möglichkeit für eine Operation zur Verfügung, doch ein primär abwartendes Verhalten, die gekonnte Nicht-Intervention, leitete das Handeln von Hebammen und Ärzten. Für Christine Loytved bedeutet Geduld teilnehmendes Begleiten und kontrollierendes Beobachten der Vorgänge. Dies benötige Kraft, um die Zwischenzustände und Übergänge auszuhalten. Die Helfenden müssten den Überblick behalten, warten können, aber dürften den richtigen Zeitpunkt für ihr Handeln nicht verpassen.⁶⁰ Dass Susi Bucher Geduld in diesem Sinne nicht erst in der Hausgeburtshilfe, sondern noch im Spital wieder entdeckte, zeigt folgender Abschnitt.

„Dann war diese Frau den ganzen Tag am Wehentropf, der Muttermund pickelhart, die Frau demoralisiert, der Vater noch hässiger. Und dann komme ich am Abend und sage: ‚Loset, am besten stellen wir diese Infusion ab und lassen Sie erstmal sich erholen. Der Vater verstand die Welt nicht mehr. Und dann habe ich ihnen erklärt, dass sich die Gebärmutter auch erholen muss: Ihr werdet sehen, ich weiss es aus Erfahrung. Es wird

⁵⁵ 4) 05:18-05:24

⁵⁶ 2) 00:00-00:30

⁵⁷ Sayn-Wittgenstein 2007, S.54.

⁵⁸ 2) 00:22-01:40

⁵⁹ Sayn-Wittgenstein 2007, S.54.

⁶⁰ Loytved, Christine: Geduld in der Geburtshilfe aus historischer Perspektive. In: Die Hebamme. 2004/18, S.19.

dann plötzlich losgehen und viel ‚ringer‘. Und dann musste ich den Chef anrufen, oder er kam. Und dann sagte ich: Also Herr Doktor, es hat wirklich keinen ‚Wert‘ – aber das habe ich mir erst nach zehn Jahren getraut – es hat wirklich keinen ‚Wert‘, dieser Muttermund ist pickelhart und jetzt war die den ganzen Tag an diesem Wehentropf. Und dann schaut er mich jeweils so an. Und untersuchte selbst, und hatte dann Gott sei Dank die Grösse und sagte der Frau: Ja, Susi meint, wir machen besser eine Pause. Und dann habe ich die Frau schön warm zugedeckt und gesagt, sie solle schlafen, es würde dann schon losgehen. Und immer war es dann so. (...) Ruhe. Nie, nie forcieren. Nie forcieren. Wenn eine Frau Ruhe braucht...Sie ‚schnurre‘ immer von Geburtsstillstand. Ja, ‚Heimatland‘, macht doch mal eine Pause.“⁶¹

Loytved kommt zum Schluss, dass noch bis ins 19. Jahrhundert gewarnt wurde, in den Geburtsverlauf einzugreifen, und heute gewarnt werde, dies nicht zu tun.⁶² Doch ein Eingriff in den physiologischen Ablauf der Geburt, egal zu welchem Zeitpunkt er erfolgt, kann eine Störung für den weiteren Verlauf der Geburt darstellen und somit die Sicherheit und Effizienz des gesamten Prozesses verringern. In Spitälern werden die meisten Interventionen durchgeführt, um Störungen durch vorangegangene Eingriffe zu kompensieren oder um den durch sie entstandenen Schaden wiedergutzumachen.⁶³ Dieses Phänomen nennt man „Interventionskaskade.“⁶⁴

3.1.2 Gebärhaltungen

Susi Bucher berichtet, dass im Spital alle in der Rückenlage geboren hätten. Später habe man dann modernere Betten gehabt, die man etwas hochschrauben konnte.⁶⁵ Die Geburt im Liegen wurde in Folge der Medikalisierung von den Ärzten durchgesetzt, die in Spitälern arbeiteten und lehrten. Auch die Hebammen akzeptierten offenbar diese, anscheinend normale, Gebärhaltung. Für die Ärzte war es bequemer, wenn das Entbindungsbett wie ein Operationstisch gestaltet war. Die Frauen lagen auf dem Rücken, ihre Beine waren gespreizt in Beinhaltern und ihre Arme konnten bei Bedarf festgeschnallt werden. Die Wehen wurden so allerdings als schmerzhafter empfunden, was den Bedarf an Schmerzmitteln steigerte. Ohne die Hilfe der Schwerkraft mussten die Frauen mehr Energie aufwenden, um das Kind vorwärts zu schieben. Der Geburtskanal konnte dadurch auch nur erschwert gedehnt werden, was zu einer stärkeren Belastung des unteren Rückens sowie zu mehr Verletzungen im Dammbereich führte. Somit wurden mehr Dammschnitte und vaginal-operative

⁶¹ 4) 02:25-04:00

⁶² Loytved 2004, S.19.

⁶³ Nach Aussagen von Hebammen, die heute im Regionalspital Biel arbeiten, sollen die meisten Komplikationen „hausgemacht“, also iatrogen hervorgerufen sein.

⁶⁴ Tew 2007, S.74f.

⁶⁵ 3) 03:40-04.15

Geburten notwendig. Nicht nur der Geburtsverlauf wurde behindert und die Geburtsdauer verlängert, sondern auch der Blutkreislauf der Mutter und die Sauerstoffversorgung des Kindes wurden durch den Druck der Gebärmutter auf die Hohlvenen, die das Blut zum Herz transportieren, beeinträchtigt. Die von der Geburtsmedizin verordnete Gebärhaltung in der Rückenlage trug also wesentlich zu Komplikationen bei, die wiederum von der Geburtsmedizin behandelt werden mussten. Bis zum Ende des 19. Jahrhunderts war die Geburt im Liegen in der westlichen Medizin üblich geworden.⁶⁶ Mit der zunehmenden Tendenz zur Krankenhausgeburt wurde die liegende Gebärhaltung das Schicksal von immer mehr Frauen.⁶⁷ Ihnen war nicht bewusst, dass die liegende Position zu Schwierigkeiten beiträgt. Der Arzt stand vor der gebärenden Frau, um das zu Ende zu bringen, wozu ihr Körper anscheinend ohne Hilfe nicht imstande war. Dementsprechend drückt die Rückenlage Schwäche, Unterlegenheit und Unterwürfigkeit aus.⁶⁸

Diskussionen über die Gebärposition gab es während des gesamten 20. Jahrhunderts.⁶⁹ In den 1970er Jahren schuf Michel Odent im Spital in Pithiviers, in der Nähe von Paris, die Voraussetzungen für einen ungestörten Geburtsverlauf, und die Frauen konnten sich frei bewegen. Odents Publikationen stiessen auf grosses Interesse, doch die Methoden wurden nicht wissenschaftlich untersucht.⁷⁰ 1985 erbrachte dann die Schweizer Ethnologin und Physiotherapeutin Liselotte Kuntner fundierte Forschungsergebnisse zu vertikalen Gebärstellungen,⁷¹ woraufhin Hebammen in vielen Kreissälen die bis anhin konsequent angewandte Rückenlage überdachten.⁷² Bei den Hausgeburten hingegen hätten die Frauen stets spontan ganz unterschiedliche Positionen eingenommen – so Susi Bucher.⁷³

3.1.3 Schmerzlinderung

Vor der Entstehung der pharmakologischen Methoden der Schmerzbekämpfung war es möglicherweise den wenigsten Frauen in den Sinn gekommen, Wehen und Geburt als etwas anderes zu betrachten als einen Prozess, den sie durchschreiten mussten, um Kinder auf die Welt zu bringen. Manche waren wohl so sehr mit der Angst um ihr eigenes Leben beschäftigt, dass die Schmerzen eher als eine Begleiterscheinung betrachtet wurden und weniger als ein Thema für sich.⁷⁴ Das Bedürfnis, den Geburtsschmerz zu kontrollieren, sei denn auch aus der männlichen Geburtshilfe

⁶⁶ Tew 2007, S. 211.

⁶⁷ Ebd. S. 216f.

⁶⁸ Ebd. S. 211.

⁶⁹ Enkin, Murray/Gross, Mechthild: Effektive Betreuung während Schwangerschaft und Geburt. Ein evidenzbasiertes Handbuch für Hebammen und GeburtshelferInnen, Bern 2006, S.237.

⁷⁰ Tew, 2007, S.266.

⁷¹ Kuntner, Liselotte: Die Gebärhaltung der Frau. Schwangerschaft und Geburt aus geschichtlicher, völkerkundlicher und medizinischer Sicht. München 1994, 4. erg. Aufl., 1. Aufl. 1985.

⁷² Koch, Romy: Geburtsvorbereitung. In: Mändle, Christine: Das Hebammenbuch. Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe. Stuttgart 2007, S. 172.

⁷³ 3) 03:40-04.15

⁷⁴ Crafter Helen: Psychologische Aspekte des Wehenschmerzes während der normalen Geburt. In: Yerby, Margaret: Schmerz und Schmerzmanagement in der Geburtshilfe. Praxishandbuch für Hebammen. Bern 2003, S.73.

entsprungen – so Verena Schmid. Die Ärzte hatten Schwierigkeiten, das Phänomen der Geburt zu verstehen und zu akzeptieren, und konnten das Ausdrücken von Geburtsschmerzen schwer ertragen.⁷⁵ Geburtshilfliche Eingriffe, die sich in Folge der Medikalisierung der Geburt häuften, verstärkten die Schmerzen. Auch für die Geburtshelfer war dies eine unangenehme Erfahrung, der sie mit Schmerzmittel und Verkürzung der Geburtsdauer begegneten.⁷⁶ Die Verfügbarkeit von Analgetika für alle Gebärenden ermöglichte wiederum bis anhin sehr schmerzhaft und schwierige Interventionen und trug so zum raschen Voranschreiten der Medikalisierung bei. In der Folge wurde die Geburt als ein medizinisches und nicht mehr als ein soziales Ereignis betrachtet. Dem psychosozialen Aspekt der Geburt wurde zunehmend weniger Aufmerksamkeit geschenkt, und die Kontrolle des Schmerzes und des Geburtsverlaufes rückte in den Mittelpunkt der Betreuung.⁷⁷ Die zunehmende Verbreitung pharmakologischer Analgetika zur Schmerzlinderung bestärkte im 19. und 20. Jahrhundert auch die Sichtweise von Schmerz als einem von der Psyche unabhängigen Ereignis. Für medizinische Fachkräfte war eine ausschliesslich „physische“ Betrachtungsweise von Schmerz bei seiner Bekämpfung sehr viel leichter als der Einbezug der facettenreicheren und schwieriger zu quantifizierenden psychologischen Aspekte der Schmerzwahrnehmung. Der Gedanke, dass Schmerz eine physische und eine psychische Komponente haben könnte, gewann in den westlichen Kulturen erst seit dem 20. Jahrhundert allmählich an Akzeptanz.⁷⁸ Dass Susi Buchers Hausgeburtschilfe den psychosozialen Aspekt des Schmerzes wieder in den Mittelpunkt rückte, wird deutlich, wenn sie die Schmerzen der Geburt anhand einer Metapher beschreibt.

„Ich habe immer gesagt: Ergibt euch in die Geburt, wie wenn ihr in einem Fluss wärt. Lasst euch einfach treiben. Ihr müsst nicht probieren ans Ufer zu schwimmen. Das hilft überhaupt nicht. Man muss einfach mit diesem Fluss gehen. Bis man im Meer ankommt. Fertig, Schluss. Das ist so. Es ist so gut beschrieben, dieser Fluss. Erst kommt so ein ‚Bergbrünneli‘, das so ein bisschen murmelt bei den ersten Wehen. Und dann kommt immer mehr Wasser. Und dann werden die Wellen und die Steine und alles immer höher, ich jedenfalls habe gedacht: jetzt ‚ersuuf‘ ich dann in meinen Schmerzen. Und dann taucht man so ins Meer ein, wo die wirklich grossen Wellen kommen, Sturm und so. Und dann plötzlich ist der Sturm vorbei. Spiegelglattes Meer und Friede, Friede.“⁷⁹

⁷⁵ Schmid, Verena: Der Geburtsschmerz. Bedeutung und natürliche Methoden der Schmerzlinderung, Stuttgart 2011, S.45.

⁷⁶ Tew 2007, S.221.

⁷⁷ Crafter 2003, S.75.

⁷⁸ Die Vorstellung von Schmerz als einer ausschliesslich physischen Erfahrung wurde von Wissenschaftlern wie Descartes im 17. Jahrhundert geprägt. Obwohl psychologische Aspekte von Schmerz mancherorts anerkannt wurden, war doch erst die 1965 von Melzack und Wall entwickelte Gate-Control-Theorie die erste weithin akzeptierte Theorie dazu, die noch heute gültig ist. (Crafter 2003, S.72.)

⁷⁹ 3) 07:00-08:40

Susi Bucher verabreichte bei Hausgeburten keine Analgetika, sondern war bemüht, dass sich die Frauen sicher, wohl und ungestört fühlten.⁸⁰ Sie behalf sich auch mit Homöopathie,⁸¹ warmen Bädern und Rückenmassagen.⁸² Wie beschrieben, konnten sich die Frauen bei Hausgeburten frei bewegen und die Geburtsposition selber wählen, was wiederum Schmerzen linderte. Die unumgängliche Reaktion auf Geburtsschmerz ist denn auch Bewegung.⁸³

Viele AutorInnen haben sich die Frage nach dem Sinn des Geburtsschmerzes gestellt.⁸⁴ Doch erst mit dem Wissen um die am Geburtsvorgang beteiligten Hormone konnte die Relevanz von Geburtsschmerz eingeordnet werden. Natürliche Geburtsschmerzen sind notwendig, um eine ausreichende Produktion von Oxytocin⁸⁵ zu gewährleisten,⁸⁶ und stimulieren die Ausschüttung von Endorphinen und Opiaten. Vorwiegend gegen Ende der Geburt werden Serotonin und Noradrenalin zur Schmerzhemmung produziert, die der Mutter auch Kraft zur Bewegung und Positionierung ihres Körpers in einem hohen Muskeltonus geben. Dem Kind hilft Noradrenalin, sich der physiologischen Sauerstoff-Knappheit anzupassen, und bewirkt seine offenen Augen und weiten Pupillen und somit den ersten Blickkontakt mit der Mutter. Ebenfalls einen Einfluss auf die Wachheit des Neugeborenen nach der Geburt und das Aktivieren seiner Atemfunktion und Herztätigkeit haben die mütterlichen Stresshormone wie Adrenalin und Kortisol. Der Schmerz regt die Mutter zur Bewegung und Positionsänderung an, was den Weg des kindlichen Kopfes durch das Becken erleichtert. Durch die Bewegung der Mutter wird auch Beta-Endorphin als körpereigenes Opiat stimuliert – eine weitere schmerzlindernde, bindungsfördernde und euphorisierende Substanz. Oxytocin spielt eine wesentliche Rolle in allen Phasen der Geburt.⁸⁷ Die höchste Konzentration von Oxytocin wird im Leben einer Frau in der Nachgeburtsphase erreicht,⁸⁸ und auch das Kind wird nach der Geburt von Opiaten geradezu überschwemmt.⁸⁹ Somit ist die Bewältigung der Wehen aus eigener Kraft ein wichtiger Schlüssel für die Mutter-Kind-Beziehung.⁹⁰

Um gebären zu können, muss also ein ganz bestimmter Cocktail von Hormonen ausgeschüttet werden. Alle Hormone werden im archaischen Gehirn gebildet, in den ältesten Hirnstrukturen, die wir mit allen Säugetieren gemeinsam haben. Hemmende Einflüsse auf den Geburtsverlauf kommen

⁸⁰ 3) 02:55-06:15

⁸¹ 4) 00:27- 01:39

⁸² In Folge des vielen Massierens musste sich Susi Bucher in physiotherapeutische Behandlung begeben. (06:10-06:15)

⁸³ Schmid 2011, S.24f.

⁸⁴ Crafter 2003, S.69.

⁸⁵ Oxytocin ist wichtig bei der Geburt und beeinflusst auch Verhalten zwischen Mutter und Kind – es allerdings ist auch wichtig zwischen Geschlechtspartnern und ganz allgemein bei sozialen Interaktionen. Die neurochemischen Forschung setzt Oxytocin mit psychischen Zuständen wie Liebe, Vertrauen und Ruhe in Zusammenhang. (Wikipedia: Oxytocin. Zugriff 23.5.2014.) Das künstliche Oxytocin hemmt die Produktion der körpereigenen Endorphine, was den Schmerz für die Frau unerträglich werden lassen kann. (Schmid: Geburtsschmerz, S.1.)

⁸⁶ Schmid 2011, S.25.

⁸⁷ Lüdin, Cyril, verantwortlicher Pädiater Bethesda Spital Basel (eigene Homepage): www.eltern-kind-bindung.net/für-fachpersonen/perinatale-bereich/physiologie-der-geburt Zugriff: 10.09.2014.

⁸⁸ Odent 2010, S.24f.

⁸⁹ Odent, Michel: Die Wurzeln der Liebe. Wie unsere wichtigste Emotion entsteht. Düsseldorf 2005, S.29.

⁹⁰ Lüdin, Cyril, verantwortlicher Pädiater Bethesda Spital Basel (eigene Homepage): www.eltern-kind-bindung.net/für-fachpersonen/perinatale-bereich/physiologie-der-geburt Zugriff: 10.09.2014.

stets von jenem anderen Hirnteil aus, der beim Menschen sehr hoch entwickelt ist – dem Neokortex, dem stammesgeschichtlich jüngsten Teil der Grosshirnrinde, in dem Verstandesprozesse ablaufen.⁹¹ Wenn sich bei ungestörten Gebärenden der Neokortex im Ruhezustand befindet, wird über die archaischen Hirnabschnitte die Geburt automatisch gesteuert und die Gebärenden scheinen sich „in einer eigenen Welt“ zu befinden.⁹² Einer der Gründe, weshalb der Geburtsvorgang bei Menschen mit viel mehr Schwierigkeiten verbunden ist als bei anderen Säugetieren, liegt in der Grösse, die der Neokortex erreicht hat. Von diesem können nicht nur im Geburtsprozess Störimpulse ausgehen, sondern auch bei jeder anderen Art von sexueller Erfahrung.⁹³

Es ist dementsprechend wesentlich, dass eine Frau in den Wehen gegen jede Stimulation ihres Neokortex geschützt wird. Ein spezifisch menschlicher Reiz, der den Neokortex anregt, ist die Sprache, deswegen sollten Anwesende nur im Notfall und mit grosser Behutsamkeit sprechen. Licht ist ebenfalls ein Reiz, der die Funktion des Neokortex anregt. In der Nacht setzt die Zirbeldrüse das Hormon Melatonin frei, damit der Neokortex seine Aktivität dämpft. Grelles Licht sollte also vermieden werden. Auch eine Situation, in der wir uns beobachtet oder prüfend betrachtet fühlen, aktiviert den Neokortex. Ein Grundbedürfnis von Gebärenden ist also, ungestört zu sein und sich nicht beobachtet zu fühlen. Die anwesenden Personen sollten sich möglichst wenig im Sichtfeld der Gebärenden aufhalten.⁹⁴ Da ein erhöhter Adrenalin Spiegel äusserst ansteckend ist, sollte die Gebärende von möglichst wenigen Personen, und zwar von solchen mit niedrigen Adrenalin Spiegeln, umgeben sein.⁹⁵ Ein weiterer Umstand, der den Neokortex stimuliert, ist das Gewahrwerden von Bedrohung. Eine Frau in den Wehen muss sich also sicher fühlen.⁹⁶ Für diese optimalen Geburtsbedingungen hat Michel Odent den Begriff „Privacy“ geprägt.⁹⁷ Unter Berücksichtigung der Erkenntnisse um die am Geburtsvorgang beteiligten Hormone macht Susi Buchers Fluss-Metapher umso mehr Sinn.

„(...) die Kopflastigen haben schon mehr Mühe. Bis du sie eben so weit hast, weißt du, dass sie sich in diesen Fluss ergeben haben. Ich habe immer gesagt, denk fest an den Fluss. Schwimm einfach. Lass dich treiben. Im Kopf auch. Denk, du bist im Wasser und du schwimmst den Fluss runter bis zum Meer.“⁹⁸

⁹¹ Odent 2005, S.51.

⁹² Odent 2010, S.16f.

⁹³ Das Geburtserlebnis kann als ein Ereignis der weiblichen Sexualität eingeordnet werden. Vgl. Schmid 2011, S.27.

⁹⁴ Odent 2010, S.19f.

⁹⁵ Ebd. 2010, S.119.

⁹⁶ Ebd. S.19f.

⁹⁷ Vgl. Ottlik, Caroline: Gesundheitsförderung in der Geburtshilfe. Über den Zusammenhang von Stillförderung, Bonding und Familiengesundheit. Hamburg 2014, S.48f.

⁹⁸ 6) 19:47-21:14

3.1.4 Fetale Herztonüberwachung

Die Überwachung der Herztöne des Fetus hat ihren Ursprung im 19. Jahrhundert, als Ärzte erstmals die Veränderung der fetalen Herztöne mit dem Zustand des Fetus in Beziehung setzten. 1876 kam das Stethoskop von Adolphe Pinard auf den Markt,⁹⁹ welches noch über weite Teile des 20. Jahrhunderts die vorherrschende Methode zur intermittierenden Auskultation der fetalen Herztöne war.¹⁰⁰ Auch Susi Bucher benutzte im Spital das Pinard-Stethoskop, bis dieses durch den elektronischen Herztonwehenschreiber, kurz CTG,¹⁰¹ ersetzt wurde. Bei Hausgeburten hat sie dann wiederum ausschliesslich die intermittierende Auskultation angewendet.

„Wir haben alles überwacht mit dem Herztonrohr (im Spital). Wirklich. Ich muss sagen, es hat damals nicht mehr, eh, Sectio gegeben, wo man hat pressieren müssen, weil es den Kindern schlecht ging. Man hat ein wahnsinnig geschultes Ohr gekriegt. Und man hat ein Gespür gekriegt! Das ist dann alles mit diesen Apparaten irgendwie verloren gegangen. Dieses Gespür, diese Vorahnung. Dies ist mir bei den Hausgeburten wahnsinnig zu Gute gekommen (...) Aber dann war der Apparat da und man musste ihn benutzen. Ich persönlich hatte nicht das Gefühl, dass dieser mir helfen würde. Und dann hiess es auf einmal, man brauche die Belege. Obschon wir im Frauenspital alle Viertelstunden Herztöne abgehört haben und alles schön protokolliert haben. Wir haben auch jede Wehe protokolliert. Nächtelang. Wir sind nicht einfach raus und haben das CTG laufen lassen. Wir sind bei den Frauen ‚ghöcklet‘. Und auch dadurch, dass man wirklich bei den Frauen ‚ghöcklet‘ ist, hat man auch jede Veränderung gespürt und wahrgenommen. Und mit dem CTG dann, da haben sie einfach das CTG angehängt und sind raus gegangen. Und nach einer gewissen Zeit hat man den Streifen angeschaut. Aber wo bleibt denn die Frau, wenn man nur noch Streifen anschaut?“¹⁰²

In den 1970er und frühen 1980er Jahren wurde das CTG rasch populär und routinemässig in den Spitälern eingeführt. Umfangreiche Studien zur Aussagekraft des CTG wurden in grösserem Umfang erst nach dessen Einführung initiiert.¹⁰³ Die ersten Untersuchungen zur Frage, ob mittels Erfassung der Herztöne überhaupt ein besseres fetales Outcome¹⁰⁴ herzustellen sei, hätten ein

⁹⁹ Das erste fetale Stethoskop wurde 1834 von Anton Friedrich Hohl erwähnt, Jean Depaul modifizierte es 1847, und Adolphe Pinard entwickelte es weiter. (Herschkorn-Barnu, Paule: Wie der Fötus einen klinischen Status erhielt. Bedingungen und Verfahren der Produktion eines medizinischen Fachwissens, Paris 1832-1848. In: Duden, Barbara: Geschichte des Ungeborenen. Zur Erfahrungs- und Wissenschaftsgeschichte der Schwangerschaft, 17. – 20. Jahrhundert. Göttingen 2002, S.167-206.)

¹⁰⁰ Luyben, Ans: Das CTG in der Diskussion – neue Ergebnisse. Hannover 2000, S.1f.

¹⁰¹ CTG ist die Abkürzung von engl. Cardiotocography

¹⁰² 3) 00:00-01:50

¹⁰³ Bosch, Andrea: Methoden der Fetalen Überwachung. In: Mändle, Christine (Hg.): Das Hebammenbuch. Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe. Stuttgart 2007, S.254.

¹⁰⁴ Der medizinische Fachbegriff „Outcome“ steht Resultat. Das fetale Outcome bezieht sich dementsprechend auf den Zustand des Neugeborenen.

überraschend klares „Nein“ ergeben.¹⁰⁵ Bisher gibt es keinen Beweis für einen Nutzen des CTG. Auch neuere Untersuchungen zeigen, dass mit dessen routinemässigem Einsatz die Anzahl Interventionen, vor allem jene der operativen Geburtsbeendigungen, steigt.¹⁰⁶ Ein Argument für die Dauerüberwachung der kindlichen Herztöne mit dem CTG ist, bei gerichtlichen Auseinandersetzungen erfolgreich argumentieren zu können. Geburtshelfer haben sich damit in eine paradoxe Situation gebracht, denn tatsächlich ist es so, dass sie mit der Dauerüberwachung den guten Ausgang gefährden.¹⁰⁷

3.1.5 Stillen

„Dann haben sie (im Spital) gesagt: Trinkfaul. Ja, ein Kind ist nicht trinkfaul, wenn man es nicht zwingt zu essen, wenn es gar nicht Hunger hat. Also, es ist einfach so... Diese Zeitabläufe haben sich sehr geändert. Als ich im Frauenspital Bern arbeitete, war es einfach alle vier Stunden, fertig, Schluss. Ob jetzt das Kind Hunger hatte oder nicht. Und später ist man flexibel geworden, auch in den Spitälern. Aber zuerst haben das die frei praktizierenden Hebammen vorgemacht. Oder die Frauen haben uns das gelehrt. Ich kann mich noch gut erinnern. Wenn die Italiener uns nicht verstanden haben, ist man rein, und dann hatten die einfach das Kind angesetzt. Das hat uns beinahe ‚eis gü‘, einfach so ausser Zeitplan. Die haben einfach ihr Kind genommen und angesetzt, wenn es geweint hat. Aber die hatten dann keinen Milchstau und die hatten auch immer genug Milch. Und ‚setigs Züg‘ muss man lernen. Aber jetzt... Eben die heutigen Hebammen, die lernen das schon in der Lehre. Aber bei uns war das alles so eine Pionierarbeit. Wir haben einfach einen wahnsinnns Wandel mitgemacht.“¹⁰⁸

Susi Bucher erzählt, dass im Spital die Kinder lediglich alle vier Stunden gestillt werden durften. Auch wenn Kinder vor Hunger weinten, musste der Zeitplan eingehalten werden. Wie stark der Glaube der Hebammen an dieses – wohl von den Ärzten entwickelte – 4-Stunden-Modell war, zeigt sich im Entsetzen der Hebammen über Italienerinnen, die ihre Kinder ausser Zeitplan ansetzten. Bei den Hausgeburtsfrauen fehlte wohl der Glaube an dieses Modell und es gab auch keine Instanzen, die es diesen Frauen lehrten und sie kontrollierten. Die Hausgeburtsfrauen stillten gemäss Bedürfnis

¹⁰⁵ Helms, Gisela/ Perl, Friederike: Das Kind unter der Geburt. Überwachung und Fürsorge. In: Beckermann, Maria: Frauen-Heilkunde und Geburts-Hilfe. Integration von Evidence-Based Medicine in eine frauenzentrierte Gynäkologie. Basel 2004, S.1293.

¹⁰⁶ Bosch 2007, S.255. Vgl. Schumann 2009, S.173. / Sayn-Wittgenstein 2007, S.68.

¹⁰⁷ Tew 2007, S.66f sowie Kapitel 4 & 8. Die Hebammen Schenk und Wägli untersuchten im Rahmen ihrer Bachelorarbeit CTG versus intermittierende Auskultation der kindlichen Herztöne und kamen zum Schluss, dass die Ergebnisse der Literaturanalyse und der Befragung von Hebammen für die Anwendung der intermittierenden Auskultation sprechen. Aus rechtlicher Sicht stehe dem in der Schweiz auch nichts im Wege. Jedoch seien strukturelle Faktoren in den Institutionen meist nicht gegeben. (Schenk, Miriam/Wägli, Claudine, Bachelorarbeit Hebamme BFH Bern: Fetale Herztonüberwachung unter der Geburt. Kardiotokographie versus intermittierende Auskultation der kindlichen Herztöne unter der regelrichtigen Geburt nach physiologischer Schwangerschaft. Bern 2011, S.46.)

¹⁰⁸ 2) 01:40-02:55

der Kinder. Susi Bucher merkte, dass diese Frauen genug Milch hatten und die Kinder weniger trinkfaul waren. Nach Hausgeburten habe es nie Milchstau, Brustentzündung oder Infekte gegeben, und es mussten keine Medikamente in Zusammenhang mit dem Stillen verabreicht werden.¹⁰⁹ Den Frauen im Spital sei es hingegen oft anders ergangen.

„Ich hatte nicht gerne Frauen im Wochenbett, die nach einigen Tagen im Spital nach Hause kamen. Die Brustwarzen waren oft schon ‚verschigget‘, die Frauen hatten so komische Informationen.“¹¹⁰

3.2 Zusammenarbeit mit Ärzten

Wie beschrieben war die Geburt im Spital geprägt von Schemata und Interventionen, die Geburt zu Hause hingegen von einer abwartenden Haltung, möglichst ohne Interventionen. Inwiefern die beiden Ideologien durch Strukturen und Hierarchien bedingt waren, soll im Folgenden aufgezeigt werden.

3.2.1 Flache Hierarchie bei Hausgeburten

Als frei praktizierende Hebamme arbeitete Susi Bucher mit der Hausärztin Helen Burach aus Biel und dem Hausarzt Reiner Bernath aus Solothurn zusammen. Sie lobt die beiden während unserem Gespräch immer wieder und beschreibt die gute Zusammenarbeit.

„Und dann hatte ich natürlich sehr zuverlässige Ärzte. Also in Biel eben Helen Burach. Die konnte ich jederzeit anpagen. Ich wusste, Helen kann eigentlich nichts, (bezogen auf die Geburtshilfe). Sie muss nur nähen können. Weil ich damals noch nicht selber genäht habe. Ich wollte gar nicht. Ich fand, jemand muss auch noch zum Kind schauen. Und wenn man da unten näht, dann sieht man gar nicht, wie es dem Kind geht. Helen hatte immer Pikett gemacht, also durfte sie auch nähen kommen. Und in Solothurn war Reiner. Den durfte ich auch jederzeit anrufen. Sie haben mir nie, nie, nie ‚drigschnuret‘. (Lacht) Sie waren einfach da. Sie hatten Vertrauen in mich, und das war sehr, sehr, sehr wertvoll. Also, das spürt man, sie haben Vertrauen in die Hebamme. ‚Si löh eim mache.‘ Das ist wahnsinnig viel wert, wenn man das merkt. Nicht wie wenn da so ein Assistenzarzt kommt, frisch ab Presse, und

¹⁰⁹ 4) 19:54-22:39

¹¹⁰ 6) 00:55-01:13

*einem sagen will, wie man eine Geburt zu leiten habe. Also he. Ich war froh, hatte ich zu Hause diese Assistenzärzte nicht mehr. Nein, also... (lacht und verwirft die Hände)*¹¹¹

Wenn von einem Hierarchieverhältnis bei Hausgeburten überhaupt gesprochen werden kann, dann lag die Autorität bei der Hebamme und nicht bei den Hausärzten. Susi Bucher wurde von den Familien angestellt, um sie bei der Hausgeburt zu begleiten, und trug somit die Verantwortung. Während einer normalen Geburt liess sie den Frauen ihre Autorität. Wenn Susi Bucher aber die Verantwortung für eine Hausgeburt nicht mehr übernehmen konnte, da es allenfalls einer anderen Infrastruktur bedurfte, ging sie mit den Frauen ins Spital, wobei sie keine Widerrede duldete.

*„Ich habe immer gesagt, wir haben zum Absaugen, wir haben Sauerstoff, wir haben alle Infusionen, die es braucht. Wir haben alles, was es braucht für den Notfall. Und ich, ich sage von mir, dass ich rechtzeitig erkennen kann, so Gott will – das letzte Wort hat immer der Herrgott, nicht das Spital und keine Frauenärzte – so Gott will, dass ich immer rechtzeitig im Spital bin. Und wenn ich sage, man müsse ins Spital, dann diskutieren wir nicht mehr lange, dann gehen wir ins Spital.“*¹¹²

Verschiedentlich kam Susi Bucher auf Professor Ulrich Herrmann zu sprechen, er war über 25 Jahre Chefarzt im Regionalspital Biel.

*„Also der Herrmann, der hat mich dann jeweils schon gelobt. Der sagte dann jeweils: ‚Gut Frau Bucher!‘ Ich weiss es noch. Das tat mir dann jeweils wohl. Einmal hatten wir in Bern eine Weiterbildung an der Uni. Und dann kam er und sagte: ‚Ja, Frau Bucher, Sie haben doch heute Morgen eine Frau gebracht. Das war dann schon so, wie Sie gesagt haben. Das haben Sie gut gemacht‘. Das braucht man als frei praktizierende Hebamme. Und nicht, man sei kriminell und verantwortungslos. Darum ging ich am liebsten mit den Frauen nach Biel ins Regionalspital. (...) Grenchen, das war schlimm. Die meinten: Jetzt kommt sie, jetzt wo sie nicht mehr weiter weiss. Ja, für was um Gottes Willen ist denn dieses Spital da? Ich habe schon weitergewusst, aber nicht gekonnt. Ich brauchte damals ein Vakuum. Die hatte Tennis gespielt jahrelang und hatte ein grosses Kind. Ich habe alles ausprobiert, jede Lage. Aber ich habe das Kind nicht herausgebracht. Ja, und dann habe ich halt einen weiten Bogen gemacht um dieses Spital. Ich bin nur noch nach Biel ins Regionalspital gegangen.“*¹¹³

¹¹¹ 3) 19:18-20:20

¹¹² 4) 13:45-15:37

¹¹³ 6) 10:08-11:11

Susi Bucher wurde im Spital in Grenchen suggeriert, sie habe als Hausgeburtshebamme versagt, da sie mit Frauen ins Spital kam. Professor Herrmann in Biel hingegen respektierte Susi Buchers Autorität bei normalen Geburten und lobte sie, wenn sie Komplikationen erkannte und ins Spital kam. Er sah in diesen Situationen die Geburt im Spital als komplementäres System zur Hausgeburt. Dass er Susi Buchers Arbeit und somit das System Hausgeburt anerkannte, ist auch in folgender Anekdote zu erkennen.

„'Eismau' habe ich den Herrmann gesehen und dann hat der mich gleich geduzt. Hab ich gedacht, also wenn du mich duzt, dann duze ich dich auch. (Lacht) ‚Ah, das ist ja unsere Hebamme‘, sagte er. ‚Ja, nicht gerade eure, aber ich habe ab und zu Frauen gebracht‘, sagte ich. (lacht) Und dann sagte er: ‚Ja, ‚gäuit‘, das waren noch schöne Zeiten.‘ Hat der Herrmann gesagt!“¹¹⁴

3.2.2 Starke Hierarchie im Spital

Ich fragte Susi Bucher, weshalb die Geburt im 20. Jahrhundert überhaupt ins Spital verlegt wurde und wie es zu dieser Macht- und Kompetenzverschiebung kam, weshalb das Monopol nicht bei den Hebammen blieb.

„Ja, das frage ich mich auch. Ob es wegen dem Geld war? Damit sie (die Ärzte) nicht zu Hause (bei den Frauen) Parkplätze suchen mussten oder in den ‚Horeb‘¹¹⁵ hinauffahren. Im Spital haben sie ihren Parkplatz, sie können nur rasch zur Geburt kommen. Sie sagen natürlich, sie hätten den OP in der Nähe und so. Aber wenn ich denke, wir haben manchmal von weiss der ‚Gugger‘ woher ins Spital fahren müssen. Wenn man früh genug geht, ins Spital, reicht das noch lange. Es gibt ja Zeichen. Die, die krank sind oder wenn sonst etwas ist, die gebären ja auch nicht zu Hause. Ich denke, es war Bequemlichkeit, die Frau im Spital zu haben.“¹¹⁶ (...) „Das ist einfach. Das ist diese Männer..., diese Männer..., diese Männer-Überheblichkeit immer. Die lassen sich doch nicht von einer Frau sagen, wie etwas gehe. Wieso schreiben Männer Bücher, wie man zu gebären hat? Wieso hatten wir Lehrbücher, die Männer geschrieben haben und nicht Hebammen? Das war damals so. Als ich in die Lehre ging, hat das Lehrbuch ein Mann geschrieben. Das ist doch ein Hohn. Aber wie es dazu kam? Das ist eben diese Macht.“¹¹⁷ „Es geht ums Geld. Macht und Geld.“¹¹⁸

¹¹⁴ 4) 19:30-19:50

¹¹⁵ Horeb ist der Name eines Berges, der in der Bibel vorkommt (2.Mose 3:1) und wird im Bernbiet als Synonym für Berg, Stutz, Anhöhe o.ä. verwendet.

¹¹⁶ 4) 06:15

¹¹⁷ 4) 06:15-08:00

¹¹⁸ 4) 09:25-10:58

Für Susi Bucher wurden die Geburten aus Bequemlichkeit der Ärzte und wegen ihrem Streben nach Geld und Macht ins Spital verlegt. Tatsächlich fand Tew für Grossbritannien heraus, dass es für die Ärzte zunächst vor allem darum ging, sich bessere Karrieremöglichkeiten in einem ehemals von Frauen dominierten Berufsfeld zu sichern. Die Ärzte gewannen diesen Machtkampf nicht zuletzt, weil weder die einzelnen Hebammen genügend Durchsetzungsvermögen besaßen, noch ihr Berufsverband gut genug organisiert war.¹¹⁹ Viele Hebammen betrachteten die Frauenärzte, auf deren Unterstützung sie sich bei komplizierten Geburten verliessen, auch nicht als Gegner. Während die Hebammen kooperierten, wurden ihre Interessen als Berufsstand mit eigener Betreuungsphilosophie untergraben und die untergeordnete Stellung gefestigt.¹²⁰ Hierbei klingt ein Geschlechterkonflikt an, den auch Susi Bucher mit der „Männer-Überheblichkeit“ anspricht. Während sonst bei Diskussionen um den Geburtsort das Thema „Sicherheit“ dominiert, hat Susi diese Prämisse bei ihren Vermutungen zu Gründen für die Verlegung der Geburt ins Spital nicht erwähnt. Hausgeburten erachtet sie in dem Sinn als „sicherer“, als die Frauen vor der Spitalhierarchie und somit vor Ärzten und Eingriffen geschützt sind.

„Das ist ja das, was mir so weh tut, was mich so frustriert hat im Spital, dass ich so machtlos war. Dass ich die Frauen immer schützen musste vor den Eingriffen. Warum hat man manchmal zu spät angerufen und das Kind selbst herausgelassen? Damit es keinen Schnitt gibt, der nicht nötig ist. Oder einer sagt: Ich muss dann noch ein Vakuum machen. Die nächste Frau hat dann ein Vakuum. Du kannst Dir denken, ob der ein Vakuum gemacht hat bei mir auf der Nachtwache. Ich war gar nicht beliebt bei den Assistenzärzten. Überhaupt nicht. Der Chef hat mich dann schon akzeptiert. Aber auch erst nach zehn Jahren habe ich ihm ‚umägäh‘. Habe ihm gesagt: Was hier einleiten? Unmöglich! Und er: Mach doch, was du willst, du machst ja eh hinter meinem Rücken was du willst. (lacht) Aber er hat mir gedankt, als ich ihm Adieu gesagt habe, und hat mir einen wirklich netten Brief geschrieben“¹²¹ „(...) mein Chef, der konnte Steisslagen entwickeln. Es wäre ihm nie in den Sinn gekommen, einen Kaiserschnitt zu machen. Der hatte Geduld. Es braucht wahnsinnig Geduld. Wirklich. Und die Narkose stand immer daneben. Wenn er das Gefühl hatte, die Frau verspanne sich, oder der Kopf hätte etwas hart – Kurznarkose. Also dort habe ich ihn bewundert, wirklich. Heute kann man das ja gar nicht mehr lernen. Die Möglichkeit, solche Geburten durchzuführen, besteht ja gar nicht mehr.“¹²²

¹¹⁹ Tew: 2007, S.60 sowie Kapitel 2.

¹²⁰ Ebd. S.61f.

¹²¹ 4) 09:25-10:58

¹²² 4) 35:03-37:00

Zum einen stellte sich Susi Bucher gegen die Ärzte, um die Frauen vor Eingriffen zu schützen. Zum anderen schätzte sie die Arbeit der Ärzte aber sehr, dann nämlich, wenn tatsächlich Komplikationen auftraten: Die Ärzte seien ja auch für die pathologischen Geburten ausgebildet, die Hebammen für die normalen. Die Ärzte würden ihre Kompetenzen überschreiten, wenn sie sich bei normalen Geburten einmischten.

„Die haben keine Ahnung, die haben keine Ahnung. Ich sage immer: Wer hat eigentlich Geburtshilfe gelernt? Das sind die Hebammen. Wir sind nächtelang bei den Frauen. Sie (die Ärzte) lernen Pathologie und für das... dorthin gehören sie auch. Aber es ist natürlich, bei einer normalen Geburt ist Geld zu machen. Die Hebamme arbeitet, oder, und sie können einfach den King spielen. Das hat mich dann schon sauer gemacht im Spital, wenn ich eine ganze Nacht eine Frau hüte und schau, dass alles in Ordnung ist, und dann muss man noch das Kind zurückhalten und schauen, dass es nicht schon da ist, weil er sonst wütend wird. Er sagte jeweils: Haben Sie wenigstens geschnitten? Dass er etwas zum Nähen hat, etwas zu verdienen hat. Und dann sagte die Frau: ‚Gut, Herr Doktor, sind Sie gekommen. Ich bin froh, vielen Dank.‘ Solches hat einem dann schon ‚möge‘.“¹²³

Wie aufgezeigt, war Susi Bucher schon als Spitalhebamme einigen erlernten Schemata und Vorgehensweisen gegenüber skeptisch eingestellt. Viele davon hielten dann auch ihren Erfahrungen in der Hausgeburtshilfe nicht stand. War die medizinische Geburtshilfe etwa gar nicht so wissenschaftlich, wie sie vorgab?

Dazu äusserte sich Professor Alfred Rockenschaub, Leiter der Ignaz Semmelweis Frauenklinik in Wien von 1965 bis 1985. Während dieser Zeit kamen rund 44'000 Kinder zur Welt,¹²⁴ davon lediglich 1% per Kaiserschnitt. Auf die Frage, wie es zu diesen ausserordentlich guten Ergebnissen kam, antwortete er:

„Am Anfang war die Erkenntnis, dass 90% der wissenschaftlichen Publikationen der Geburts- und Perinatalmedizin nicht haltbar und nötigenfalls ohne Schwierigkeit zu widerlegen sind.“¹²⁵

Auch Tew dokumentiert, dass in Grossbritannien umfangreiches Beweismaterial für die Tatsache, dass geburtshilfliche Interventionen nur selten zu einer Verbesserung und meist zur

¹²³ 3) 20:16-21:20

¹²⁴ Mit sehr gutem Outcome.

¹²⁵ Rockenschaub, Alfred: Die Frauen können es, man lässt sie nur nicht! Ein Gespräch über 50 Jahre Geburtshilfe mit Petra Ott, Forum Online der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, am 4.12.2004. <http://forum.sexualaufklaerung.de/index.php?docid=594> Zugriff: 6.9.2014. Vgl. Rockenschaub, Alfred: Gebären ohne Aberglauben. Eine Fibel der Hebammenkunst. Lauter 1998.

Verschlechterung des „natürlichen“ Geburtsverlaufes führen, von Seiten der Gynäkologen erfolgreich verschwiegen und verschleiert wurden. Diese Täuschung um die Frage der Sicherheit sei über Jahrhunderte aufrechterhalten worden, und Einwände der Frauen seien mit dem inkorrekten Argument, im Interesse des Kindes zu handeln, in den Wind geschlagen worden. Den Erfolg, den die medizinische Geburtshilfe bis heute verzeichnet, wertet Tew als Zeichen, dass sich Menschen diese Täuschung wünschen, um durch ein Sicherheitsversprechen von der persönlichen Verantwortung befreit zu werden. Die langjährige Einflussnahme der Geburtsmedizin sitze so tief, dass die Mehrzahl der Frauen – Klientinnen und Hebammen – an falschen Ansichten festhielten.¹²⁶

4. Selbstkonzeption als Hebamme

4.1 Beruf als Berufung

Susi Bucher sah sich als selbständige Hebamme mit anderen Arbeitsbedingungen konfrontiert als im Spital. In den folgenden Abschnitten erzählt sie von ihrer Arbeitssituation als Hausgeburtshebamme.

„Während diesen 30 Jahren habe ich am Leben vorbei gelebt. Ich habe nur gelebt für die Geburtshilfe. Ich war nirgends. Nirgends!“¹²⁷ „Ich konnte an kein Konzert mit dem Mann. Ich konnte auch nicht in den Wald mit dem Mann, es gab ja noch kein Handy. Aber ich war so angefressen, das war mir alles Wurst. Man hätte mir eine Reise nach Bali schenken können, ich wäre nicht gegangen, ich wäre lieber zur Geburt.“¹²⁸ „Ich hatte das ganze Jahr über 14 Tage frei. Und sonst war ich immer auf Pikett. Das muss man sich mal vorstellen. Ich hatte keine Nacht frei, keinen Sonntag frei, nie an Ostern oder Weihnachten frei.“¹²⁹ „Ich sass immer zu Hause und habe auf das Telefon gewartet, bin ‚losgefreest‘. Das Büro musste man ja selber machen. Die Rechnungen musste man selber schreiben. Material musste man selber einkaufen. Also es war viel drumrum noch. (...) Wenn man am Morgen nach Hause gekommen ist, kaputt, oder gegen den Mittag, von einer Geburt, wo man die ganze Nacht wach war. Ja halt, da sind noch zwei, drei Neugeborene, wo man vorbeimusste.“¹³⁰

„Ich habe nicht wegen dem Geld gearbeitet. Mir war es Wurst, ob ich etwas verdiene. Ich hätte wohl noch Eintritt bezahlt. Ehrlich! Ehrlich. (lacht) Ich habe ‚aube‘ gesagt: Das ist so

¹²⁶ Tew 2007, S.505.

¹²⁷ 4) 20:46-20:51

¹²⁸ 3) 18.00-18.30

¹²⁹ 4) 17:00

¹³⁰ 4) 20:51-21.46

etwas Schönes. Wenn man ein schönes Theater-Konzert schauen geht, bezahlt man auch Eintritt, oder? (lacht) Ich weiss, ich bin einfach ein Spinner. Aber ich kann schon ‚schnurre‘. Ich hatte einen Ernährer zu Hause. Ich musste nie aufs Geld schauen. Ich habe das schon begriffen. Die wurden dann jeweils wütend in Bern. Sie (andere Hausgeburtshebammen, mit denen sich Susi Bucher in Bern traf) sagten, jetzt müssten die Frauen Pikettgeld bezahlen. Aber das kann man doch nicht machen. Ich habe gesagt: ‚Ich heusche nichts, macht was ihr wollt.‘ Dann wurden sie wütend. Ich habe das Gefühl, dass wenn manche Frauen 500 Franken vor auszahlen sollen, wären viele ins Spital gegangen. Die Krankenkassen hätten das ja nicht bezahlt.¹³¹ Ich hatte lieber eine Hausgeburt als 500 Franken.¹³²

Susi Buchers Arbeitszeiten als Hausgeburtshebamme waren meist unplanbar. Sie arbeitete mehr, hatte eine grössere Verantwortung und verdiente weniger als im Spital. Auch war sie in der Gestaltung ihrer Freizeit eingeschränkt und verbrachte diese wegen des steten Bereitschaftsdienstes meist zu Hause. Sie habe nicht wegen des Geldes gearbeitet und sei auch lieber bei einer Geburt dabei gewesen, als in der Ferne Urlaub zu machen – sie sei dermassen angefressen, gar süchtig nach Geburten gewesen. Doch was genau fesselte und faszinierte Susi Bucher an der Ausübung ihres Berufes?

„Das hat mich immer so fasziniert, diese Ruhe nach der Geburt. Das war im Spital nicht möglich, jedenfalls nicht, als ich dort gearbeitet habe. Man hat die Frau (nach der Hausgeburt) einfach in Ruhe gelassen. Fertigschluss. Das Kindlein hingelegt, ein warmes Tüchlein darüber. Und dann konnten sich die Eltern da oben beschäftigen, mit dem Kind. Die Plazenta kam meistens sehr gut. Und dann sind wir raus. Wenn die Plazenta draussen war und ich wusste, die Gebärmutter zieht sich gut zusammen, es blutet nicht, sind wir raus. Die Frau schön warm zugedeckt. Und sagten: ‚Ihr könnt rufen, wenn etwas ist.‘ Dieses Bild, das ist... Dafür macht man einfach Pikett tagelang und nächtelang und geht nirgends hin. Genau. Das ist das, was so süchtig gemacht hat. (...) Das ist schlimm. Das ist schlimm. Du bekommst richtig den ‚Zitteri‘, wenn du eine Zeitlang keine Geburt gehabt hast. Mein Mann hat jeweils gesagt: Gut, ist bald wieder Vollmond, dann kannst du wieder gehen.“¹³³

Es sei im Speziellen die Ruhe und das Bild von Mutter und Kind nach der Geburt, das so im Spital nicht möglich war, das süchtig mache. Während Susi Bucher im Spital die Kinder nach der Geburt

¹³¹ 6) 05:20 -06:12

¹³² 6) 06:50 -06:54

¹³³ 3) 07:0-10:00

erst untersuchte und wusch, bevor sie der Mutter gebracht wurden,¹³⁴ kam das Kind nach einer Hausgeburt direkt zur Mutter auf die nackte Haut. Susi Bucher deckte beide warm zu und liess sie ungestört. Wie in Kapitel 3.1.3 beschrieben, befinden sich Mutter und Kind nach einer natürlichen Geburt unter extremem Einfluss von Hormonen. Diese wirken – wie von einer Hebamme als Metapher erklärt – wie Klebstoff, der aber bald austrocknet. Diese kurze sensible Phase findet bei allen Säugetieren statt und wiederholt sich in dieser Form nicht. Doch im Gegensatz zu Tieren sind Menschen kulturelle Wesen, und deshalb ist beim Menschen Bindung später durchaus gut möglich, geht aber nicht einfach so vonstatten.¹³⁵ Die von John Bowlby 1958 publizierte Bindungstheorie, die in den 1960er Jahren von Mary Ainsworth empirisch belegt wurde, ist heute in ihren Grundzügen allgemein anerkannt.¹³⁶ Bindungsverhalten ist eine überlebenswichtige Schutzfunktion,¹³⁷ sichere Bindung gehört zu einer gesunden Entwicklung,¹³⁸ wobei Bindungsmuster transgenerational weitergegeben werden. Die Erfahrung, die ein Kind im ersten Lebensjahr macht, besonders die Liebe und Zuneigung, die es erfährt, prägen in besonderer Weise seine Beziehungsfähigkeit und dienen damit als Modell für die Beziehungen, die es selbst später eingehen wird.¹³⁹ Auch wenn das Geburtserlebnis, die sensible Phase und die ersten Tage nach der Geburt nur Bausteine in der Entwicklung der Eltern-Kind-Beziehung sind, können in dieser Zeit Weichen gestellt werden.¹⁴⁰ Etliche wissenschaftliche Untersuchungen sowie Erfahrungsberichte von PsychotherapeutInnen weisen zudem darauf hin, dass die kindliche Erfahrungswelt vor, während und unmittelbar nach der Geburt für dessen künftige psychosoziale Entwicklung relevant ist.¹⁴¹ Geburt und die sensible Phase sind auch aus bakteriologischer Sicht wesentlich. Es ist für die Disposition von Gesundheit relevant, mit welchen Bakterien ein Kind als erstes besiedelt wird. Der Fötus wächst in einem sterilen Umfeld heran und wird während der Geburt und kurz danach von

¹³⁴ 7) Out of record

¹³⁵ Zitat einer Hebamme im Film von Debra Pascali-Bonaro, *Orgasmic birth. The best kept secret. An intimate documentary.* USA 2008. Vgl. Ottlik 2014.

¹³⁶ Ottlik 2014, S.36-42.

¹³⁷ Bowlby 2003, S.42. Vgl. Blaffer Hrdy, Sarah: *Mütter und andere. Wie die Evolution uns zu sozialen Wesen gemacht hat.* Berlin 2010.

¹³⁸ Bowlby 2003, S.63

¹³⁹ Bowlby 2003, S.26.

¹⁴⁰ Ottlik 2014, S.42.

¹⁴¹ Vgl. dazu die Internationale Gesellschaft für prä- und perinatale Psychologie und Medizin (ISPPM), die Fachgesellschaft beschäftigt sich mit der Bedeutung der Erfahrungswelt des Kindes vor, während und unmittelbar nach der Geburt für dessen künftige psychosoziale Entwicklung.

Studien zur Primärgesundheit (Gesundheit und Liebesfähigkeit in Korrelation zur Prä- und Perinatalzeit sowie dem ersten Lebensjahr) aus den massgeblichen naturwissenschaftlichen und medizinischen Zeitschriften sind in dieser Datenbank zusammengetragen. www.primalhealthresearch.com. Zur Veranschaulichung hier zwei Studien: Adrian Raine und sein Team aus Los Angeles untersuchten Gewaltkriminalität von Jugendlichen und verfolgten Lebensläufe von 4269 Männern, die im selben Spital in Kopenhagen zur Welt gekommen waren. Herausgefunden wurde, dass der Hauptrisikofaktor, mit 18 Jahren Gewaltkriminalität zu verüben, Komplikationen bei der Geburt, in Verbindung mit einer frühen Trennung von, oder Ablehnung durch die Mutter, war. Eine frühe Trennung oder Ablehnung stellte für sich genommen keinen Risikofaktor dar. (Raine, A./Brennan, P./Mednik, S.A.: *Birth complications combined with early maternal rejection at age 1 year predispose to violent crime at 18 years.* In: *Arch Gen Psychiatry*, 1994/51, S.984-988.) Lee Salk und seine Kollegen aus New York untersuchten die Lebensgeschichten von 52 jugendlichen Suizidopfern, die sich vor ihrem zwanzigsten Geburtstag umgebracht hatten, und verglichen sie mit den entsprechenden Daten von 104 Kontrollpersonen. Als einer der hauptsächlichen Risikofaktoren für einen Suizid während der Adoleszenz erwies eine Reanimation bei der Geburt. (Salk, Lee/ Lippsitt, L.P.et al.: *Relationship of maternal and perinatal conditions to eventual adolescent suicide.* In: *Lancet*, 16.3.1985, S.624-627.

Bakterien besiedelt, die sein Mikrobiom, die Gesamtheit der sich im Organismus befindenden Bakterien, bestimmen. Unter dieser Perspektive sind die vaginale Geburt, der sofortige Hautkontakt mit der Mutter und das erste Stillen wesentlich.¹⁴²

Auch Susi Bucher findet, dass es eine Rolle spiele, wie und wo ein Kind auf die Welt kommt. Als Argumente schildert sie ihre Emotionen nach Hausgeburten und bei Besuchen im Wochenbett.

„Ich glaube einfach, es spielt für die Familie eine Rolle, wie ein Kind auf die Welt kommt. Wie und wo das Kind auf die Welt kommt. Die Harmonie spielt sicher eine grosse Rolle für die Familie. Und... Also für den Zusammenhalt. Für die Väter schon auch. Weil... Und für die Frau. Einfach diese Harmonie in der ersten Woche, das ist so schön. Es ist auch so besonders, in dem Raum. Es klingt jetzt wieder elend esoterisch. Aber das ist so. Sobald die Frau einmal draussen war, war es weg. Da ist so etwas Besonderes in diesem Raum, wo sie geboren hat. Vielleicht habe ich es nur so empfunden. So etwas Feierliches, etwas speziell Schönes.“¹⁴³ „Ich habe den Frauen auch immer wieder gesagt: Geht immer wieder zurück in euren Raum, in euer Nest. Geniesst es! Es hat mich so frustriert, dass man sich keine Zeit mehr genommen hat fürs Wochenbett. Weshalb müssen die Frauen vom Spital, wenn sie nach Hause kommen, am zweiten Tag schon einkaufen gehen mit dem Neugeborenen? Ja, das gibt es viel! Ja, das gibt es viel. Das tut mir weh, dass sie diese wunderschöne Zeit nicht auskosten. Ich habe immer gesagt: Geniesse es. Dieses Gefühl geht schnell verloren. Dieses Gefühl ist danach weg. Dieses Gefühl von – eben, ja, von etwas Heiligem. Also für mich ist jede Frau eine Maria. (...) Ja, das ist schwer zu begreifen, zu beschreiben. Jetzt bekomme ich gleich wieder ‚Längiziti‘. (lacht).“¹⁴⁴

Für Susi Bucher sei jede Frau eine Maria. Diese Aussage beschreibt ein Gefüge, in dem die Gebärende und ihr Kind, das folglich Christus entspräche, an oberster Stelle stehen und in deren Dienst sich Susi Bucher als Hebamme stellt. Schaut man sich Darstellungen der heiligen Familie kurz nach der Geburt von Christus an, können diese mit denselben Adjektiven umschrieben werden, wie Susi Bucher die erste Zeit des Wochenbettes umschreibt. Um Mutter und Kind und in den Räumen, wo die Frauen geboren haben, sei eine Harmonie zu spüren, etwas speziell Schönes und Feierliches, ein Gefühl von etwas Heiligem.¹⁴⁵ Neben der Ruhe nach der Geburt sind es auch die Gefühlswelten, in die Susi Bucher bei den Wochenbettbesuchen eintauchte, die offenbar süchtig

¹⁴² Microbirth. Revealing the microscopic secrets of childbirth. Regie: Harman, Toni/Wakeford, Alex. Grossbritannien 2014.

¹⁴³ 5) 14:25-15:15

¹⁴⁴ 5) 15:10-16:38

¹⁴⁵ Das Gefühl von etwas Heiligem (wie auch die Maria-Metapher) muss hier in einem von der Religiosität losgelösten Kontext, als etwas Verehrungswürdiges, interpretiert werden.

machten. Auch alte Landhebammen erzählen in Biographien, dass sie süchtig nach ihrem Beruf gewesen seien.¹⁴⁶ Dementsprechend stellt Marion Schumann fest, dass traditionelle Hebammen ihren Beruf als Berufung betrachteten, dies auch noch in den 1960er Jahren. Eine gute Hebamme erkenne man daran, dass sie zu jeder Patientin so sei, als wäre sie ihre eigene Schwester – so die damalige Vorsitzende des deutschen Hebammenverbandes, Anna Springborn.¹⁴⁷ Sie beschreibt, wie auch Susi Bucher mit der Maria-Metapher, ein soziales Betreuungsmodell, das eine Berufung voraussetzt. Da von Patientinnen die Rede ist, kann davon ausgegangen werden, dass Springborn sich auf die Beziehung zwischen Gebärenden und Hebammen im Spital bezieht. Als Hausgeburtshebamme hatte Susi Bucher hingegen eine tiefere soziale Nähe zu Müttern und Familien und hinterliess entsprechend einen nachhaltigen Eindruck.

„(...) die Väter, wenn sie mich wieder sehen, die umarmen mich noch immer. Auch nach zehn Jahren. (...) Und das ist so ‚härzig‘. Und dann kommen immer wieder diese Geburten ‚obsi‘. Und dann erzählen sie mir von ihren Kindern. Oder sagen den Kindern: Schau, dass ist jetzt diese Frau, die uns geholfen hat.“¹⁴⁸

Diese Wertschätzung, die Familien Susi Bucher und ihrer Arbeit entgegenbrachten, führte zu einem hohen sozialen Status. Die Nähe wiederum, auf die sich Susi Bucher während der Betreuung einliess, führte zu einer hohen Identifikation mit den Familien.

„(Trotz Zeitdruck) wollte ich niemanden, der zu ‚meinen‘ Kindern schaut. Das waren meine Kinder und meine Frauen. Das war ja auch das Schöne. Die Frauen haben auf einen gewartet. Und dann ist man auf den Bettrand gesessen und sie haben einem ihre ‚Sörgeli‘ erzählt und wie es gegangen sei.“¹⁴⁹

Susi Bucher wollte unter allen Umständen für „ihre“ Kinder und Mütter da sein. Sie bezog aber stets die ganze Familie in den Prozess um die Geburt mit ein. Auch Geschwister konnten bei Geburten und während des Wochenbetts ihren Platz einnehmen, wovon Susi Bucher schwärmt.

„Ich hatte auch immer viele Kinder um mich rum. (...) Weil, die gehen selber raus, wenn es ihnen nicht mehr gefällt. Die waren so ‚härzig, die Göfi aube‘. Wirklich. Sie haben

¹⁴⁶ Portrait der Hebamme Marie Zürcher: In: Schwager, Susanna: Das volle Leben. Frauen über achtzig erzählen. Gockhausen 2007, S.228. Portrait der Hebamme Domenica Clalüna. In: Grabrucker, Marianne: Vom Abenteuer der Geburt. Die letzten Landhebammen erzählen. Frankfurt 1990, S.24.

¹⁴⁷ Schumann 2009, S.209.

¹⁴⁸ 5) 18:08

¹⁴⁹ 4) 20:51-21.46

mitgesungen¹⁵⁰. Manche sind wieder gegangen und sind wieder gekommen. Und dann haben sie mich angeschaut und gegrinst, wenn die Mutter so gesungen hat. (...) Das war fantastisch mit den Kindern.“

Insbesondere hat wohl auch der Sinn, den Susi Bucher in ihrer Tätigkeit als Hausgeburtshebamme sah, sie zu dieser Lebensaufgabe gedrängt.

4.2 Politische Hebammenarbeit

Als junge Hebamme arbeitete Susi Bucher pflichtbewusst nach Schulbuch. Nach einigen Jahren Arbeitserfahrung als Spitalhebamme begann sie, gelernte Schemata, unter deren Perspektive Geburt beurteilt wurde, und die damit einhergehenden Interventionen zu hinterfragen. Immer häufiger handelte sie aufgrund ihrer Erfahrung und nicht nach erlernten Prinzipien, oft hinter dem Rücken der Ärzte. Durch den Erfolg ihres alternativen Handelns bestätigt, wagte sie sich vermehrt, den Ärzten Paroli zu bieten. Auch als Hausgeburtshebamme empfand sie sich als Einzelkämpferin. Doch nun ging es nicht mehr darum, die Frauen vor Eingriffen der Ärzte zu schützen, sondern sie vor Vorurteilen gegenüber Hausgeburt zu schützen. Susi Buchers neues Bewusstsein um die Differenzen von Spitalgeburt und Hausgeburt und ihre Einschätzung, dass es den Frauen und Familien bei einer Hausgeburt besser ging, versetzte sie in Handlungsbereitschaft. Susi Bucher bemühte sich um Aufklärung, wann immer Familien etwas über Hausgeburt wissen wollten, und nahm sich Zeit für ein Gespräch.

„Also ich war ein Einzelkämpfer. (...) Immer wenn jemand Informationen wollte, bin ich hingefahren und habe eine Stunde mit ihnen geredet. Obschon ich manchmal wirklich fast nicht mehr ‚möge ha‘.“¹⁵¹

Susi Bucher erzählt auch, wie sie Flugblätter der WHO in den Gynäkologie-Praxen auflegte¹⁵² und sich bemühte, empirische Belege zu erbringen, indem sie Nabelschnurblut der Hausgeburten ins Spital brachte, zur Überprüfung des Sauerstoffgehaltes.¹⁵³ Doch sie sei eine „Schafferin“ gewesen und nicht eine, die sich politisch engagiert habe.

¹⁵⁰ Das Singen des Vokals A kann zum Aufgehen des Muttermundes beitragen.

¹⁵¹ 5) 03:29-03:44

¹⁵² Die Flugblätter der WHO informierten, dass eine Geburt ohne Arzt stattfinden darf, nicht aber ohne Hebamme.

¹⁵³ 4) 12:55-13:30 „Sie haben immer gesagt: Ja ihr könnt schon sagen, den Kindern sei es gut gegangen, beweist es. Das haben wir gemacht. Wo sind die Studien?“

„Wenn der Hebammenverband bessere Verträge wollte, hat es geheissen: Geht doch einfach wieder ins Spital arbeiten, wenn es euch nicht passt. Das sagten die auf dem Krankenkassenkonkordat. Die haben sich schon bemüht, diese Hebammen. Sie haben auch viel erreicht, wirklich viel erreicht. Und da ich immer zufrieden war, habe ich mich da nicht... Mir war das doch Wurst.“¹⁵⁴

Zwar sympathisierte Susi Bucher mit dem Kampf der Hebammen für bessere Arbeitsrechte, doch die Diskussionen um bessere Entlohnung interessierten sie wenig. Auch resignierte Susi Bucher in ihrem Kampf gegen die Vorurteile gegenüber der Hausgeburt zunehmend und bemühte sich immer weniger um Agitation. Sie wollte ihre Energie und Zeit in die eigentliche Hebammentätigkeit investieren.

„Aber es macht einen einfach müde. Und plötzlich merkt man – jedenfalls bei mir war es so – ich will meine Kraft für meine Frauen. Weil das braucht so viel emotionale und (...) physische Kraft. Also will ich doch da nicht noch Zeit verplempern.“¹⁵⁵

Heute will sie sich nicht mehr mit dem Thema Geburt beschäftigen, es macht sie zu traurig.¹⁵⁶ Zum einen schmerzt sie ihr abrupter Ausstieg aus dem Berufsleben noch immer und zum anderen bekümmern sie die aktuell hohen Kaiserschnittraten¹⁵⁷ und die wenigen Hausgeburten.¹⁵⁸ Die Leute hätten Angst vor Hausgeburten, weil ihnen etwas eingeredet werde und weil sie nicht informiert seien.¹⁵⁹

5. Fazit

Susi Bucher bot als Pionierin in der Schweiz Anfang der 1980er Jahre wieder Hausgeburten an. Ihr Entscheid kann nicht als Kritik am System der Spitalgeburt gesehen werden, sondern war vielmehr Zufall und resultierte primär aus der bestehenden Nachfrage nach Hausgeburten. Susi Bucher gab als Hausgeburtshilfsweg die Autorität zurück, die sie im Spital nicht hatten und die sie

¹⁵⁴ 6) 09:00-09:15

¹⁵⁵ 5) 00:00-00:44

¹⁵⁶ 4) 08:50-09:50

¹⁵⁷ 2010 wurde bei einem Drittel der Geburten ein Kaiserschnitt durchgeführt. Mit dieser hohen Rate belegt die Schweiz im Vergleich mit anderen OECD-Ländern einen der vorderen Ränge. (Bundesamt für Gesundheit: Kaiserschnittgeburten in der Schweiz. Erstellt am 27.02.2013. <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/13641/?lang=de> Zugriff: 02.12.2014.)

¹⁵⁸ Zahlen aus dem Jahr 2012 zeigen einen Anteil Haugeburten von weniger als einem Prozent an: 82'164 Kinder wurden 2012 in der Schweiz lebend geboren. (Bundesamt für Gesundheit: Bevölkerungsbewegung – Indikatoren. Geburten und Fruchtbarkeit. Erstellt: 2014 ohne weitere Angaben. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/06/blank/key/02.html> Zugriff: 03.12.2014) Im selben Jahr kamen 719 Kinder zu Hause auf die Welt. (Schweizerischer Hebammenverband (Hg.): Zahlen und Fakten. Frei praktizierende Hebammen in der Schweiz 2012. Erstellt im Oktober 2013. http://www.hebamme.ch/x_dnld/stat/Faktenblatt_fpH_2012_d.pdf Zugriff: 03.12.2014)

¹⁵⁹ 4) 14:00-14:05

sich wünschten. Durch Empathie und manuelle Fertigkeit sowie die Abstinenz von Technik nahm Susi Bucher den Körper der Frau – im Sinne Barbara Dudens – wieder als ganzen war. Da die Frauen bei Hausgeburten primär selbst bestimmten, lernte Susi Bucher von ihnen. Während Hebammen Wissen um Geburtshilfe in Folge der Medikalisierung nicht mehr selber herstellen konnten, da die Autorität und Definitionsmacht nun bei den Ärzten lag, durchbrach Susi Bucher diese gefestigten Positionen. Durch die Erfahrungen in der Hausgeburtshilfe erzeugte sie Wissen selbst. Ihren neuen Erkenntnissen hielten viele im Spital erlernte Vorgehensweisen nicht stand.

Während im Spital die Frauen bevormundet wurden, fand Susi Bucher heraus, dass Geburten einfacher ablaufen, wenn die Frauen bestimmen können. Die Geburt im Spital folgte vorgegebenen Schemata, die zu vielen Interventionen führten. In der Hausgeburtshilfe hat Susi Bucher Geduld, im Sinne einer abwartenden Haltung, als Tugend der Geburtshilfe wieder entdeckt und nur dann interveniert, wenn sie es als wirklich nötig erachtete. Bei Hausgeburten wurde die Schmerzlinderung durch körpereigene Opiate unterstützt, im Spital wurden routinemässig Analgetika verabreicht. Im Spital war die Rückenlage vorgeschrieben, zu Hause konnten die Frauen Geburtspositionen frei wählen. Während im Spital die Aufzeichnung der fetalen Herztöne per CTG Routine war, hörte Susi Bucher diese bei Hausgeburten mit dem Stethoskop ab. Bei Hausgeburten konnten die Väter, Geschwister und vertraute Personen dabei sein, im Spital war die Anwesenheit des Vaters bedingt toleriert. Im Spital wurde nach der Geburt das Kind von der Mutter getrennt, nach Hausgeburten blieben Mutter und Kind während der sensiblen Phase ungestört. Kinder durften im Spital nur nach Zeitplan alle vier Stunden gestillt werden, ansonsten waren sie im Kinderzimmer auf der Station untergebracht. Zu Hause hingegen wurde nach Bedürfnis gestillt. Als gute Voraussetzung fürs Stillen kann das von Susi Bucher umschriebene Gefühl von Harmonie während den ersten Tagen des Wochenbettes geltend gemacht werden, das sie so im Spital nie erlebt hatte. Auffallend bei diesen Gegenüberstellungen sind die gesundheitsfördernden Elemente, die in der Hausgeburtshilfe anzutreffen sind.

Susi Bucher hat als frei praktizierende Hebamme mitgeholfen, das System Hausgeburt wieder zu aktivieren. Trotz strengen Arbeitsbedingungen und geringem Lohn erfüllte ihre Tätigkeit sie so sehr, dass sie ihr Leben ganz darauf ausrichtete und sich als Einzelkämpferin bemühte, Vorurteile gegenüber Hausgeburten abzubauen. Es kam jedoch nicht zur Etablierung der Hausgeburtshilfe, hingegen zu einem Trend zur familienorientierten Geburtshilfe im Spital, und damit wurden Innovationen der Hausgeburtshilfe in die Spitäler integriert.¹⁶⁰ Heute will sie sich nicht mehr mit dem Thema Geburt beschäftigen, zu traurig machen sie die vielen Kaiserschnitte und Interventionen in den Spitälern und die wenigen Hausgeburten.

¹⁶⁰ z.B. Rooming-In, Anwesenheit des Vaters, Ambulante Geburten, familiäre Atmosphäre in den Geburtszimmern, Einführung von vertikalen Gebärhaltungen, Stillfreundlich, Alternative Hilfestellungen wie Majahocker, bedingte Renaissance der Hebammenkunst. (Kuntner, Liselotte: Geburt und Mutterschaft in verschiedenen Gesellschaften. In: Rüb, Dorothea/Schindler, Margot: Aller Anfang. Ausstellungskatalog. Österreichisches Museum für Volkskunde. Wien 2002. S.142.)

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium¹⁶¹ liess 2007 einschätzen, inwiefern es zu Innovationen in der ambulanten Grundversorgung durch vermehrten Einbezug nichtärztlicher Berufsleute kommen könnte. Verschiedene Länder hätten seit einigen Jahren das Ziel, die Zahl der Hausgeburten (wieder) zu steigern, um Spitäler zu entlasten und Kosten zu senken. Vergleichsstudien würden denn auch darauf hindeuten, dass Hausgeburten bei Normalschwangerschaften ebenso sicher seien wie stationäre Geburten. Als Ziel für die Zukunft wird die Möglichkeit einer längerfristigen kontinuierlichen Betreuung von Frauen, auch in Zusammenarbeit mit HausärztInnen, betrachtet. Zudem könne der Anteil Hausgeburten – mit Blick auf die Niederlande – noch wesentlich gesteigert werden.¹⁶² Könnte es diesbezüglich tatsächlich zu einer politischen Wende kommen? Ich gehe nicht davon aus, dass die Spitäler bereit sind ihr Monopol aufzugeben. Die Geburtshilfe sei für die Spitäler als Aushängeschild ungeheuer wichtig, weil sie im Unterschied zu Krankheit und Unfällen positive Assoziationen wecke und eine starke Bindung der Region zum Spital bewirke – so Andreas Kohli, CEO der Spital Region Oberaargau AG.¹⁶³ Hatte Susi Bucher mit ihrer Vermutung also recht, Geburten würden wegen Geld- und Machtstreben im Spital stattfinden? Berücksichtigt man Marjorie Tews und Alfred Rockenschaubs Erkenntnisse,¹⁶⁴ die medizinische Geburtshilfe sei gar nicht so wissenschaftlich und sicher, wie sie zu sein vorgebe, stellt sich die Frage, wer Interesse hatte, die Geburten ins Spital zu verlegen, und wer heute daran interessiert ist, dass auch in Zukunft das Monopol bei den Spitälern bleibt.

Bemerkenswert viele weitere Fragen stellten sich mir im Verlaufe des Verfassens dieser Arbeit. Die meisten blieben unbeantwortet, zumal die neuere Geschichte der Geburtshilfe in der Schweiz weitgehend unerforscht ist. Abschliessend werde ich nun ein paar dieser Fragen kurz umreissen.

Wie beschrieben änderte sich mit der Verlegung der Geburt ins Spital auch die Einstellung der Geburtshelfenden zur Geburt. Doch die medizinisch-technisch kontrollierte Geburtenbetreuung sei in den 1960er Jahren in der Gynäkologenschaft noch umstritten gewesen, und die Konfliktlinien um die Ausrichtung der Geburtshilfe seien nicht nur zwischen Ärzten und Hebammen, sondern auch innerhalb der Ärzteschaft selbst verlaufen – so Schumann. Die Weichenstellung für eine technisch ausgerichtete Geburtsmedizin, und damit eine Abkehr von abwartendem und umsichtigem Begleiten, sei auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft der Gynäkologie und Geburtshilfe

¹⁶¹ Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine Organisationseinheit des Bundesamtes für Statistik, die im Rahmen des Projektes Nationale Gesundheitspolitik entstanden ist und von Bund und Kantonen einen Leistungsauftrag erhält. Das Gesundheitsobservatorium analysiert die vorhandenen Gesundheitsinformationen in der Schweiz. Es unterstützt Bund, Kantone und weitere Institutionen im Gesundheitswesen bei ihrer Planung, ihrer Entscheidungsfindung und in ihrem Handeln.

¹⁶² Die Niederlande hat eine Hausgeburtsrate von 30%. Künzi, Kilian/Detzel, Patrick im Auftrag des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Hg.): Innovationen in der ambulanten Grundversorgung durch vermehrten Einbezug nichtärztlicher Berufsleute. Literaturübersicht und Einschätzung von Berufsvertreter/innen. Neuenburg 2007. S.V.

¹⁶³ Aussage von Andreas Kohli, CEO der Spital Region Oberaargau AG, im Bieler Tagblatt, 05.07.2014, S.12. (Schäfer, Fabian: Spitäler: Geburten sind nicht nur im Simmental ein Verlustgeschäft.)

¹⁶⁴ Sowie etliche weitere, die aus der evidenzbasierenden Forschung stammen.

1966 erfolgt.¹⁶⁵ Wie sind die Argumentationslinien der beiden Orientierungen und wie haben sich diese im Laufe der Zeit geändert? Inwiefern kann auch später eine Konfliktlinie innerhalb der Gynäkologenschaft ausgemacht werden? Wie reagierten sie auf die Erkenntnis, dass Probleme in der Geburtshilfe iatrogen hervorgerufen wurden, also erst durch ärztliche Einwirkung entstanden und in diesem Sinn „hausgemacht“ sind.

Aus welchen anderen Gründen und aufgrund welcher Informationen entschieden sich Frauen ab den 1980er Jahren für Hausgeburten? Da in der Schweiz keine sozialen Bewegungen dokumentiert sind, die sich für Hausgeburten einsetzten, frage ich mich zum einen, ob es diese tatsächlich nicht gegeben hat, und zum anderen, inwiefern gesellschaftlichen Strömungen sich für Tendenzen zur „Renaturalisierung“ der Geburt allgemein einsetzten?

Die traditionelle Geburtsbegleitung wird als abwartend und umsichtig beschrieben, doch seit Jahrtausenden wird nahezu in allen Gesellschaften aufgrund vielfältiger Überzeugungen und durch mannigfache Rituale in die perinatalen Phasen, insbesondere in die sensible Phase nach der Geburt, störend eingriffen.¹⁶⁶ Im Wissen um die Bedeutung der sensiblen Phase mag dies sehr erstaunen. Es muss davon ausgegangen werden, dass ein solches Verhalten seine Gründe hat. Somit stellt sich die Frage, welche Funktion diesem menschlichen Verhalten wider seine Natur zukommt.

6. Bibliographie

6.1 Literatur

Beaufaÿs, Sandra: Professionalisierung der Geburtshilfe. Machtverhältnisse im gesellschaftlichen Modernisierungsprozess. Wiesbaden 1997.

Blaffer Hrdy, Sarah: Mütter und andere. Wie die Evolution uns zu sozialen Wesen gemacht hat. Berlin 2010.

Borkowsky, Maya: Krankheit Schwangerschaft? Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett aus ärztlicher Sicht seit 1800. Zürich 1988.

Borter-Jann, Noëmi: Die Geburt von der "Krankheit" zurück zum "natürlichen Geburtsvorgang"? In: Stöcklin, Peter (Hg.): Baselbieter Heimatbuch 19. Gesund und krank. Basel 1993, S.11-32.

Böhme, Gernot (Hg.): Alternativen der Wissenschaft. Frankfurt 1980.

Duden, Barbara: Geschichte unter der Haut. Ein Eisenacher Arzt und seine Patientinnen um 1730. Stuttgart 1987.

¹⁶⁵ Schumann 2009, S.176. Vgl. Rockenschaub 1998, S.8. Es waren auch Gynäkologen aus der Schweiz anwesend.

¹⁶⁶ Odent 2010, S.27ff. Georg Engelmann legte bereits 1884 in „Die Geburt bei den Urvölkern“ einen Katalog zu mannigfaltigen Strategien aus allen Kontinenten vor, die dazu führten, den ersten Kontakt zwischen Mutter und Kind zu verhindern. Vgl. Odent 2006, S. 92ff.

- Duden, Barbara: Geschichte des Ungeborenen. Zur Erfahrungs- und Wissenschaftsgeschichte der Schwangerschaft, 17. - 20. Jahrhundert. Göttingen 2002.
- Duden, Barbara: Der Frauenleib als öffentlicher Ort. Vom Missbrauch des Begriffs Leben. Frankfurt 2007.
- Gélis, Jacques: Das Geheimnis der Geburt. Rituale, Volksglaube, Überlieferung. Freiburg im Breisgau 1992.
- Henze, Ricarda: Geburtshilfe in den 50er und 60er Jahren in Niedersachsen aus der Sicht der damals freien Hebammen. Diplomarbeit im Fach Sozialwissenschaften. Hannover 1999.
- Herschkorn-Barnu, Paule: Wie der Fötus einen klinischen Status erhielt. Bedingungen und Verfahren der Produktion eines medizinischen Fachwissens, Paris 1832-1848. In: Duden, Barbara: Geschichte des Ungeborenen. Zur Erfahrungs- und Wissenschaftsgeschichte der Schwangerschaft, 17. - 20. Jahrhundert. Göttingen 2002, S.167-206.
- Ingold, Marianne: Historische Aspekte der Geburt in der Schweiz im 20. Jahrhundert. Schwerpunkt 50er und 60er Jahre. Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit, Historisches Seminar, Zürich 1994.
- Keyhan-Falsafi, Sabine/Kinke, Ruth/Schütz, Cornelia: Geburtshelfende um 1800. Ein Geschlechterkonflikt? In: Wege, Susanne (Hg.): Hebammenkunst gestern und heute. Zur Kultur des Gebärens durch drei Jahrhunderte. Marburg 1999, S.21-30.
- Kuntner, Liselotte: Geburt und Mutterschaft in verschiedenen Gesellschaften. In: Rüb, Dorothea/Schindler, Margot: Aller Anfang. Ausstellungskatalog. Österreichisches Museum für Volkskunde. Wien 2002, S.140-145.
- Labouvie, Eva: Frauenberuf ohne Vorbildung? Hebammen in den Städten und auf dem Land. In: Kleinau, Elke (Hg.): Geschichte der Mädchen- und Frauenbildung. Vom Mittelalter bis zur Aufklärung, Bd. 1. Frankfurt 1996, S. 218-233.
- Labouvie, Eva. Andere Umstände. Eine Kulturgeschichte der Geburt. Köln 1998.
- Labouvie, Eva: Beistand in Kindsnöten. Hebammen und weibliche Kultur auf dem Land (1550-1910). Frankfurt 1999.
- Loytved, Christine: Von der Wehemutter zur Hebamme. Die Gründung von Hebammenschulen mit Blick auf ihren politischen Stellenwert und praktischen Nutzen. Osnabrück 2001.
- Loytved, Christine: Geduld in der Geburtshilfe aus historischer Perspektive. In: Die Hebamme, 2004/18, S.18-21.
- Metz-Becker, Marita: Der verwaltete Körper. Die Medikalisierung schwangerer Frauen in den Gebärhäusern des frühen 19. Jahrhunderts. Frankfurt 1997.
- Meyer, Katharina: Zur Geschichte des Hebammenwesens im Kanton Bern. Bern 1985.
- Pulz, Waltraud: Zur Erforschung geburtshilflichen Überlieferungswissens von Frauen in der frühen Neuzeit. In: Loytved, Christine: Von der Wehemutter zur Hebamme. Die Gründung von Hebammenschulen mit Blick auf ihren politischen Stellenwert und praktischen Nutzen. Osnabrück 2001.

- Scherzer, Ricarda: Hebammen – Weise Frauen oder Technikerinnen? Zum Wandel eines Berufsbildes. Frankfurt 1988.
- Schlumbohm, Jürgen: Lebendige Phantome. Ein Entbindungshospital und seine Patientinnen 1751-1830. Göttingen 2012.
- Schumann, Marion: Vom Dienst an Mutter und Kind zum Dienst nach Plan. Hebammen in der Bundesrepublik zwischen 1950 und 1975. Göttingen 2009.
- Seglias, Loretta: Zur Geschichte der Hebammen und der Geburtshilfe in Graubünden im 19. und 20. Jahrhundert. In: Jecklin, Ursula/Redolfi, Silke/Hofmann, Silvia (Hg.): FrauenKörper. Zürich 2005, S.15-65.
- Tew, Marjorie: Sichere Geburt? Eine kritische Auseinandersetzung mit der Geschichte der Geburtshilfe. Frankfurt am Main 2007, 1. englische Ausgabe, 1990.
- Töngi, Claudia: Im Zeichen der Geburt. Eine kulturanalytische Untersuchung der Vorgänge um den weiblichen Körper. Eine Oral history-Studie. Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit, Historisches Seminar, Basel 1992.
- Wege, Susanne (Hg.): Hebammenkunst gestern und heute. Zur Kultur des Gebärens durch drei Jahrhunderte. Marburg 1999.
- Zürcher, Ursula (Hg.): 100 Jahre Schweizer Hebammenverband. 100 ans de l'association suisse des sages-femmes. 1894-1994. Festschrift zum 100 jährigen Jubiläum mit Beiträgen zum aktuellen Stand der Geburtshilfe. Hommage à l'occasion du centenaire avec des contributions à l'état actuel de l'obstétrique. Bern 1994.
- Zürcher, Ursula: Von Hebammen und Ammen. In: Hugger, Paul (Hg.): Kind sein in der Schweiz. Zürich 1998, S.139-148.

6.1.1 Internet

- Vouilloz Burnier, Marie-France: Geburt. In: Historisches Lexikon der Schweiz (HLS). Erstellt: 19.11.2009. www.hls-dhs-dss.ch/textes/d/D16114.php?topdf=1 Zugriff: 06.07.2014.
- Vouilloz Burnier, Marie-France: Hebammen. In: Historisches Lexikon der Schweiz (HLS). Erstellt: 16.09.2010. www.hls-dhs-dss.ch/textes/d/D16397.php Zugriff: 06.07.2014.

6.2 Quellen

- Beckermann, Maria/Perl, Friederike (Hg.): Frauen-Heilkunde und Geburts-Hilfe. Integration von Evidence-Based Medicine in eine frauenzentrierte Gynäkologie. Basel 2004.
- Bosch, Andrea: Methoden der fetalen Überwachung. In: Mändle, Christine (Hg.): Das Hebammenbuch. Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe. Stuttgart 2007, S.253-296.

- Crafter Helen: Psychologische Aspekte des Wehenschmerzes während der normalen Geburt. In: Yerby, Margaret: Schmerz und Schmerzmanagement in der Geburtshilfe. Praxishandbuch für Hebammen. Bern 2003, S.67-88.
- Dick-Read, Grantly: Childbirth without fear. London 1933. (1.deutsche Ausgabe: Mutterwerden ohne Schmerz. Die natürliche Geburt. Hamburg 1950.)
- Enkin, Murray/Gross, Mechthild: Effektive Betreuung während Schwangerschaft und Geburt. Ein evidenzbasiertes Handbuch für Hebammen und GeburtshelferInnen. Bern 2006.
- Fankhauser-Rieben, Elsbeth/Rieben-Kohler, Erna: Uf Sole u Reder underwägs. Us em Tagebuech vore Landhebamme. Münsingen 1988.
- Favre, Adeline: Ich, Adeline, Hebamme aus dem Val d'Anniviers. Zürich 1982.
- Grabrucker, Marianne: Vom Abenteuer der Geburt. Die letzten Landhebammen erzählen. Frankfurt 1990. (Darunter zwei Portraits von Hebammen aus der Schweiz: Nanetta Moska, 83 Jahre, Hebamme in Ramonsch, Engadin, S.12-18. / Domenica Calüna, 71 Jahre, Hebamme in Ardez, Engadin, S.19-24.)
- Helms, Gisela/Perl, Friederike: Das Kind unter der Geburt. Überwachung und Fürsorge. In: Beckermann, Maria/ Perl, Friederike (Hg.): Frauen-Heilkunde und Geburts-Hilfe. Integration von Evidence-Based Medicine in eine frauenzentrierte Gynäkologie, Bd.2. Basel 2004, S.1292-1304.
- Koch, Romy: Geburtsvorbereitung. In: Mändle, Christine: Das Hebammenbuch. Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe. Stuttgart 2007, S.171-182.
- Kuntner, Liselotte: Die Gebärhaltung der Frau. Schwangerschaft und Geburt aus geschichtlicher, völkerkundlicher und medizinischer Sicht. München 1994, 4. erg. Aufl., 1. Aufl. 1985.
- Künzi, Kilian/Detzel, Patrick im Auftrag des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Hg.): Innovationen in der ambulanten Grundversorgung durch vermehrten Einbezug nichtärztlicher Berufsleute. Literaturübersicht und Einschätzung von Berufsvertreter/innen. Neuenburg 2007.
- Leboyer, Frédéric: Pour une naissance sans violence. Paris 1974. (1. deutsche Ausgabe: Der sanfte Weg ins Leben. Geburt ohne Gewalt. München 1974.)
- Luyben, Ans: Das CTG in der Diskussion – neue Ergebnisse. Hannover 2000.
- Mändle, Christine (Hg.): Das Hebammenbuch. Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe. Stuttgart 2007.
- Odent, Michel: Bien naître. Paris 1976. (1. deutsche Ausgabe: Die sanfte Geburt. Die Leboyer-Methode in der Praxis. München 1979.)
- Odent, Michel: Die Wurzeln der Liebe. Wie unsere wichtigste Emotion entsteht. Düsseldorf 2005.
- Odent, Michel: Die Natur des Orgasmus. Über elementare Erfahrungen. München 2010.
- Odent, Michel: Childbirth and the future of Homo Sapiens. London 2013

- Ottlik, Caroline: Gesundheitsförderung in der Geburtshilfe. Über den Zusammenhang von Stillförderung, Bonding und Familiengesundheit. Hamburg 2014.
- Raine, A./Brennan, P./Mednik, S.A.: Birth complications combined with early maternal rejection at age 1 year predispose to violent crime at 18 years. In: Arch Gen Psychiatry, 1994/51, S.984-988.
- Rockenschaub, Alfred: Gebären ohne Aberglauben. Eine Fibel der Hebammenkunst. Lauter 1998.
- Salk, Lee/Lippsitt, L.P.et al.: Relationship of maternal and perinatal conditions to eventual adolescent suicide. In: Lancet, 16.3.1985, S.624-627.
- Sayn-Wittgenstein, Friederike (Hg. Bund Deutscher Hebammen): Geburtshilfe neu denken. Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland. Bern 2007.
- Schäfer, Fabian: Spitäler: Geburten sind nicht nur im Simmental ein Verlustgeschäft. In: Bieler Tagblatt, 05.07.2014, S.12.
- Schenk, Miriam/Wägli, Claudine (Bachelorarbeit Hebamme BFH Bern): Fetale Herztonüberwachung unter der Geburt. Kardiotokographie versus intermittierende Auskultation der kindlichen Herztöne unter der regelrichtigen Geburt nach physiologischer Schwangerschaft. Bern 2011.
- Schmid, Verena: Der Geburtsschmerz. Bedeutung und natürliche Methoden der Schmerzlinderung. Stuttgart 2011.
- Schwager, Susanna: Das volle Leben. Frauen über achtzig erzählen. Gockhausen 2007. (Portrait der Hebamme Marie Zürcher, S.224-251.)
- Yerby, Margaret: Schmerz und Schmerzmanagement in der Geburtshilfe. Praxishandbuch für Hebammen. Bern 2003.

6.2.1 Internet

- Bundesamt für Gesundheit: Bevölkerungsbewegung – Indikatoren. Geburten und Fruchtbarkeit. Erstellt: 2014, ohne weitere Angaben.
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/06/blank/key/02.html> Zugriff: 03.12.2014
- Bundesamt für Gesundheit: Kaiserschnittgeburten in der Schweiz. Erstellt: 27.02.2013.
<http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/13641/?lang=de> Zugriff: 02.12.2014.
- Lüdin, Cyril, Verantwortlicher Pädiater Bethesda Spital Basel (eigene Homepage). Erstellt: o.A.
www.eltern-kind-bindung.net/für-fachpersonen/perinataler-bereich/physiologie-der-geburt
Zugriff: 10.09.2014.
- Rockenschaub, Alfred: Die Frauen können es, man lässt sie nur nicht! Ein Gespräch über 50 Jahre Geburtshilfe mit Petra Ott, Forum Online der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, am 4.12.2004. <http://forum.sexualaufklaerung.de/index.php?docid=594> Zugriff: 06.09.2014.

Schweizerischer Hebammenverband (Hg.): Zahlen und Fakten. Frei praktizierende Hebammen in der Schweiz 2012. Erstellt: Oktober 2013.
http://www.hebamme.ch/x_dnld/stat/Faktenblatt_fpH_2012_d.pdf Zugriff: 03.12.2014

Wikipedia: Oxytocin. Erstellt: o.A. de.wikipedia.org/wiki/Oxytocin Zugriff: 21.05.2014.

6.2.2 Audiovisuelle Medien

Microbirth. Revealing the microscopic secrets of childbirth. Regie: Harman, Toni/Wakeford, Alex. Grossbritannien 2014.

Orgasmic birth. The best kept secret. An intimate documentary. Regie: Pascali-Bonaro, Debra. USA 2008.

Parvex-Käppeli, Olivier: Beitrag in der Sendung „Schweiz aktuell“ von SRF vom 23.06.2014, 4.17 Minuten. <http://www.srf.ch/player/tv/schweiz-aktuell/video/aeltestes-geburtshaus-der-schweiz?id=59eee678-83fd-46f6-8b04-4ebec11fba5> Zugriff: 10.10.2014.

7. Anhang

7.1 Transkribiertes Interview mit der Hebamme Susi Bucher

Das Gespräch fand am 2. September 2014 im Migros-Restaurant in Grenchen statt.